

Coordonnateurs : Bruno FALISSARD et Jean-Michel THURIN

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

POINT D'ÉTAPE à 4 ans

PÔLE AUTISME – juin 2013

Partie 2 - ANNEXES

Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques

Coordonnateurs : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard

Institutions : Unité Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie

Support financier : Inserm, Direction Générale de la Santé et Fondation de France

Comité de Pilotage : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Mme Monique Thurin, Pr Bernard Golse, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier

Méthodologie et analyse des données : Bruno Falissard, Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib (U669)

<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>

Ce rapport est téléchargeable à l'adresse suivante :

[http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/
RapportRRFPPAUT_2013_v3.pdf](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT_2013_v3.pdf)

Le téléchargement permet de consulter des documents complémentaires dont les liens sont accessibles tout le long du rapport.

Les personnes intéressées peuvent demander un mot de passe pour y accéder à jean-michel.thurin@inserm.fr

XVI. ANNEXES 1	144
• Plan d'analyse des données	145
• Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens	147
• Description des instruments	149
• Définition des médiateurs préconstruits et indicateurs de changements du CPQ.....	157
▶ Alliance	157
- Patient	157

♦ Engagement/résistance du patient (EP) - (5 items)	157
♦ Participation du patient (PP) - (5 items)	157
♦ Transfert du patient (TP) - (9 items)	157
- Thérapeute	158
♦ Engagement du thérapeute (ET) - (6 items)	158
♦ Ajustement du thérapeute (AT) - (5 items)	158
- Interaction (IT) - (13 items)	158
▶ Approches générales et interventions pivots	159
- Actions se référant à une approche générale psychodynamique ou cognitivo-comportementale (20 items)	159
- Actions relatives aux fonctions pivots	159
♦ Expression et conscience des affects (ECA) - 6 items	159
♦ Communication, verbalisation et langage (CVL) – 7 items	160
♦ Interprétation/signification (IS) - 10 items	160
♦ Conseil et Comportement (CC) - 10 items	161
▶ Indicateurs de changement intrapsychique issus du CPQ.	161
- Insight (INS) - 5 items	161
- Amélioration de l'état Émotionnel et de son expression, réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD) - 9 items	161
- Relation au monde et aux autres (RMA) - 12 items	162
• Définition des modérateurs dans les études de cas autisme	164
• Tableau récapitulatif du plateau technique des 50 enfants	165
• Exemple de fiche de synthèse pour chaque patient	168
XVII. ANNEXE 2. TABLEAUX ET FEUILLES DE CALCUL	170
• Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants	173
• Histogrammes Age, IG et Napa	174
• test t ECAR EG.....	175
• test t ECAR DR	176
• test t ECAR IM.....	177
• Test t EPCA Pathologie	178
• Test t EPCA Développement.....	179
• Test t CPQ INS.....	180
• Test t CPQ EAD	181

• Test t CPQ RMA.....	182
• Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (1)	183
• Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (2)	184
• Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (3)	185
• Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans	186
• Récapitulatif Tableau descriptif des données	189
• Quantiles % Δ EG 50 patients	190
• Quantiles % Δ Apt 50 patients	191
• variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice)	192
• variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement).....	194
• variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA)	196
• Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL	198
• Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients ...	200
• Données issues des prototypes d'approches psychothérapeutiques.....	201
• CAH T02 facteurs préconstruits	202
• CAH T06 facteurs préconstruits	206
• CAH T12 facteurs préconstruits	211
• Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois	214
• Relation entre classes à T12 à partir des médiateurs préconstruits et Δ EG	215
• Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax	216
• Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P	219
• Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax	220
• CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3.....	224
• Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax	226
• CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois	227
• Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes	231
• Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans	232
• Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans.....	233

• Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans	234
• Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans	235
• Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans	236
• Statistiques descriptives des groupes forts 1 et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans	237
• CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans	238
• Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible	240
• Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes fort	241
• Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude	242
• Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans	244
• Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans	245
• Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans	246
• Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans	247
• Statistiques descriptives des facteurs préconstruits et comparatif 7-11 et 3-6	248
• Description des 4 médiateurs émergents dans le groupe 7-11 avec gain d'aptitudes élevé	249
XVIII. ANNEXES 3. ARTICLES ET TEXTES MANUSCRITS	250
• Article Counselling and Psychotherapy Research.....	250
• M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ.	257
• M. Thurin. PQS, CPQ et APQ, trois formats d'un instrument de processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent.	262
• Prototypes pour la psychothérapie Interpersonnelle (les 20 les plus caractéristiques)...	306
• Sélection d'articles de A. Kazdin concernant la recherche sur les mécanismes de changement et recommandations la concernant.	310
• J. Barthe. Prototypes de séances psychothérapeutiques représentatives des principales approches	311
• Formulaire de consentement	327
• Livret d'évaluation	328

XVI. ANNEXES 1

- Plan d'analyse des données
- Fonctionnement du réseau pour les cliniciens
- définition des médiateurs
- définition des modérateurs
- présentation d'un tableau synthétique de cas

1. Plan d'analyse des données

L'analyse des données est réalisée à trois niveaux en relation : le cas individuel, les cas regroupés et les cas comparés. Elle est construite suivant le plan suivant

- CAS INDIVIDUEL

1. Évaluation à Baseline

- vignette introductive (10 lignes max)
- contexte de la thérapie : évaluation de 10 modérateurs potentiels -> détermination d'un indice de sévérité contextuelle (1...10)
- formulation de cas suivant 5 axes et établissement du diagnostic CIM 10.
- mesure initiale des symptômes et comportements autistiques avec ECA_R
- mesure initiale du développement et des aptitudes acquises à baseline avec EPCA.
- intégration des bilans préliminaires.

2. Évaluation des changements manifestes entre T0 et T12

- Mesures à 2, 6 et 12 mois des indicateurs comportementaux, développementaux et de fonctionnement psychique, de leurs variations et de leurs tailles d'effet avec écarts à la moyenne (EM) des cas terminés.
- Calcul du score global de variation (SGV), de gain d'aptitudes (Δ Apt)

3. Description du processus psychothérapique

Cette description qui apporte une représentation cinétique du déroulement de la psychothérapie est réalisée à partir :

- des 10 items (issus du CPQ) les plus caractéristiques de la psychothérapie
- des items concernant le fond de la thérapie (éléments se maintenant dans la cotation +2 ou -2 au cours des 3 cotations)
- des items pour lesquels il y a eu des changements importants de cotation (passage d'une classe de cotation (par exemple -4 ou -3 à une autre classe (par exemple -1, 0 ou +1) avec maintien de la tendance à la 3ème cotation ;
- des items neutres ou non pertinents.
- des médiateurs préconstruits (approche générale du thérapeute (PPD, TCC ; alliance thérapeutique ; expression et contenance des affects ; communication, verbalisation, langage ;). Présentation sous la forme d'un tableau et d'un graphique représentant le poids des différents médiateurs à T02, T06 et T12.
- des médiateurs émergents à partir d'une analyse factorielle issue de l'ensemble du groupe et définissant 1 facteur commun et 3 facteurs spécifiques. Présentation sous la forme d'un graphe associant les 4 facteurs et de la description du profil de la psychothérapie à partir des éléments du CPQ qui composent chacun des facteurs.

4. Mise en relation des médiateurs préconstruits et émergents avec les résultats

- Recherche particulière d'éléments explicatifs des changements dans le processus psychothérapique et les modérateurs. Les hypothèses formulées seront réintroduites de façon générale dans les données du groupe.

5. Formulation de cas finale, discussion et conclusion.

- CAS REGROUPÉS

Pour l'ensemble des *n* cas

1. Données à baseline

- Présentation des données démographiques des enfants (sexe, âge, dépistage, début de prise en charge ; type d'institution ; type, modalités, durée et fréquence de la prise en charge, ...) et issues des modérateurs à baseline.
- Présentation des résultats des formulations de cas (FC) à partir de n patients

2. Changements manifestes entre T0 et T12

- Tableau récapitulatif des scores individuels, variations, TE, et des moyennes, sd pour les cas regroupés mesurés avec ECA-R et EPCA sur une année de psychothérapie. Tests *t* bilatéraux pour les différentes dimensions.
- Courbes de croissance T0, T02, T06, T12 et analyse des trajectoires de changement .

3. Description du processus,

- 20 éléments les plus caractéristiques chez les n patients
- moyenne scores des médiateurs préconstruits chez les n patients
- définition de profils de psychothérapies suivant les caractéristiques des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois : constitution de sous-groupes par Classifications ascendantes hiérarchiques (CAH) à 2, 6 et 12 mois. Caractéristiques des classes et leur composition. Corrélations entre ces profils de psychothérapie et les résultats (comportements autistiques, développement et gains d'aptitudes)
- définition des médiateurs émergents par analyse factorielle de la moyenne des scores sur l'année de chaque item du CPQ pour les 50 patients. Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients. Classification ascendante hiérarchique (CAH) : constitution de 4 profils de psychothérapies et analyse de leur composition. Corrélations entre les profils de psychothérapie et les résultats.

- CAS COMPARÉS

- Distinction de 3 classes parmi les 50 cas par une CAH prenant en compte l'âge, l'indice initial de gravité, le nombre d'années antérieures de psychothérapie, les scores initiaux de comportements autistiques et de développement et le nombre d'aptitudes acquises à T12.
- Dans chacune des 3 tranches d'âge : 3-6 ans, 7-11 ans et 12-15 ans
 - o Analyse cas à cas des trajectoires comportementales et développementales des enfants regroupés par âge, en prenant en compte le nombre antérieur d'années de psychothérapie, la sévérité des comportements autistiques et les aptitudes initiales acquises. Commentaire soulignant les questions qui se posent aux niveaux individuel et inter-individuel.
 - o Récapitulatif des changements dans les registres comportemental et développemental (nombre général et durant l'année des aptitudes acquises).
 - o Recherche de l'impact du processus interne de la psychothérapie sur l'amplitude des gains d'aptitudes à partir de 3 descripteurs : type de psychothérapie ; médiateurs préconstruits et médiateurs émergents.
 - o Recherche de l'impact potentiel des modérateurs sur le processus psychothérapique et l'évolution de l'enfant.
- Comparaison des évolutions moyennes suivant les tranches d'âge 3-6 ans, 7-11 ans et 12-15 ans

2. Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens

L'aide aux cliniciens pour

- participer au Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques,
- comprendre la méthodologie et
- utiliser les outils nécessaires

s'organise autour de cinq modalités principales :

1. Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience

- Celles-ci se déroulent également suivant deux modalités
 - Les *Journées* où sont réunis tous les cliniciens de tous les pôles du réseau et le public intéressé.
 - Les *Séminaires* consacrés à chacun des pôles et qui concernent le travail des cliniciens, discuté et présenté autour des résultats.

2. Les documents écrits

- Le livret d'évaluation, spécifique à chaque pôle
 - Il est adressé à chacun des cliniciens dès leur engagement dans le réseau. Il reprend pas à pas la méthodologie avec les fiches d'évaluation
- Les publications de *Pour la Recherche*
 - Plusieurs numéros ont été consacrés à la méthodologie générale, la méthodologie de chacun des pôles et des synthèses de retour d'expérience.
- Les rapports d'étape du réseau

3. Le Site internet dédié au Réseau et www.techniques-psychotherapiques.org

- Le site dédié au Réseau : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>
 - Le coffre à outils des membres du réseau :
 - ce lien propose une page où le clinicien peut consulter la méthodologie générale du réseau dans toutes ses composantes sous formes de textes, de diaporama
 - le clinicien peut facilement télécharger les outils informatiques utiles pour la lecture des vidéo présentées (*Quicktime*) ou pour la communication à distance en groupe de pairs (*Skype*)
 - la marche à suivre pour débiter les études
 - cette page propose également des liens concernant les informations pour chacun des pôles : description générale des outils et le lien de la méthodologie spécifique à chacun d'entre eux.
 - A partir de cette page les cliniciens concernés par l'un des pôles peuvent accéder à des formations aux instruments, et réaliser des passations en ligne (ce niveau est accessible par mot de passe, distribué à chacun des cliniciens qui s'inscrit dans le réseau).
 - Le calendrier des activités du réseau

- Il est très utile aux cliniciens qui peuvent consulter les dates des réunions mais aussi qui y trouvent le compte rendu des réunions antérieures (diaporamas et vidéos).
 - La veille bibliographique des thèmes prioritaires de recherche
 - Des résumés des recherches récentes concernant les thèmes du réseau sont consultables.
- Le site techniques-psychotherapiques.org : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/>
 - Véritable source documentaire sur l'évaluation des psychothérapies

4. Les échanges e.mail avec les cliniciens

- Prise de contact : inscription dans le réseau
 - Les échanges e.mail avec le clinicien commencent avec sa demande de participation. En retour une fiche de renseignements le concernant lui est adressée. Elle contient son nom, son adresse professionnelle, les modalités de prises en charge psychothérapique de ses patients (privée, institutionnelle, etc), ses bases théoriques (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, etc). À cette occasion, il est demandé au clinicien l'âge, le sexe et la date de la première séance de psychothérapie du patient qu'il engage dans les études (à partir de laquelle l'évaluation commencera). En retour de ces informations, le clinicien reçoit un code pour lui, un code pour son patient (anonymisation des données cliniques) et le livret d'évaluation relatif au pôle dans lequel il s'inscrit.
- Aide à la prise en main de la méthodologie
 - A partir de ces préalables de nombreux échanges ont lieu pour répondre aux questions du clinicien, pour expliquer à nouveau un point méthodologique, pour aider à la passation d'instrument...
- Les évaluations
 - Les fiches d'évaluation des différents instruments sont adressées par e.mail à un seul correspondant (M Thurin) qui les vérifie. Le cas échéant elle demande des précisions au clinicien ou de revoir en groupe de pairs des éléments non précisés.
 - Un point régulier est réalisé avec les groupes de pairs. Il permet de vérifier que les données sont bien arrivées et de dynamiser le travail des cliniciens.

5. Les échanges par téléphone

- Le clinicien peut prendre un rendez-vous téléphonique pour discuter de la méthodologie ou d'un point difficile à résoudre.

3. Description des instruments

1. Formulation de cas (FC) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La formulation de cas est un outil conceptuel et clinique majeur qui peut être également utilisé comme outil de recherche dans les études de résultats et de processus en psychothérapie.

Plusieurs terminologies rendent compte de ce concept : Formulation clinique de cas, Formulation diagnostique, Formulation de cas en psychothérapie, Conceptualisation de cas.

Définitions

De nombreuses définitions ont tenté d'appréhender la complexité du contenu et du processus de construction de la FC. En voici trois :

- Une formulation de cas est le processus d'utilisation de cadres théoriques solides pour, d'une part, organiser les données d'entretien, les données d'observation et les données d'évaluation (psychologique, psychiatrique et/ou psychosociale), et d'autre part, formuler des hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel, afin de construire un plan de traitement basé sur des forces appropriées (Nelson et Hastie).

- C'est un processus intégratif de synthèse des facteurs complexes en interaction impliqués dans le développement des problèmes présentés par le patient. Sur cette base, un ensemble d'hypothèses est généré à propos de l'étiologie et des facteurs qui perpétuent ces problèmes. Il prend en compte les forces et les aptitudes de l'enfant et de sa famille qui peuvent aider à identifier des approches thérapeutiques potentiellement efficaces et traduit le diagnostic en interventions thérapeutiques spécifiques et individualisées (Winters 2007).

- Une formulation biopsychosociale est une tentative de travailler une hypothèse développée en collaboration avec l'enfant et sa famille. Elle tente d'expliquer les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels qui se sont combinés pour créer et maintenir le problème clinique de l'enfant et ceux qui favorisent son meilleur fonctionnement psychologique. C'est un guide individualisé pour la conception et la sélection du traitement. Il sera changé, modifié ou amplifié au fur et à mesure que le clinicien en saura plus sur les forces et les besoins de l'enfant et de sa famille (Commission psychothérapie de l'APA).

Différence entre FC et diagnostic catégoriel (DSM, CIM)

Dans le DSM, l'existence (ou la disparition) d'un trouble repose sur l'objectivation d'un ensemble de symptômes en relation à un diagnostic établi. La réponse est globale (0 ou 1) et ne renseigne pas sur les différences individuelles. D'autre part, bien qu'en principe « athéorique », ce diagnostic se rapporte au concept de maladie et n'apporte pas d'éléments précis sur une autre nature du problème. Sa

construction conduit à l'application d'une technique standardisée à dose établie en vue d'un résultat centré sur les symptômes.

La formulation de cas apporte davantage de précision et une perspective dimensionnelle (les problèmes sont abordés dans une continuité du normal au pathologique). Elle comprend une recherche étiologique (compréhension des causes sous-jacentes) et prend en compte les dimensions intra et interindividuelles du trouble. Elle ouvre sur des objectifs et une stratégie d'action individualisés.

Cadre de la formulation de cas

La FC est une formalisation de la démarche clinique. A ce titre, tout en restant ouverte à une multi causalité, il est important de veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « usine à gaz » qui comprendrait tellement d'éléments qu'elle serait inutilisable dans la pratique. Ses éléments sont organisés de façon à dessiner une configuration permettant de relier l'observation, les hypothèses causales et l'action thérapeutique.

FC et modèles psychothérapeutiques

La formulation peut se décliner, suivant les approches, en formulation psychodynamique, communicationnelle, cognitivo-comportementale, biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels) ou pluraliste (prenant en compte plusieurs modèles théoriques). Cette distinction permet de préciser les relations entre les hypothèses étiologiques et les objectifs de chaque approche relativement au cas suivi.

Différentes FC ont été élaborées pour répondre aux spécificités des différentes approches quant aux inférences causales qu'elles proposent et aux objectifs qu'elles poursuivent pour répondre aux problèmes qu'elles traitent.

Un aperçu peut en être donné par le tableau suivant.

Comment organiser la formulation de cas ?

Horowitz a proposé en 1987 un plan général qui reste très actuel et peut être ajusté à l'âge et à la pathologie rencontrée. Il correspond à un processus d'investigation clinique courant. Appliqué à l'enfant, il se présente de la façon suivante :

- 1.** Problèmes de l'enfant, leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (symptômes et comportements les plus manifestes, éléments précipitant, facteurs prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, étendue et qualité des relations interpersonnelles, niveau de développement, autonomie et handicap).
- 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'angoisse, 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'angoisse,...) 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 .

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.

2. ECAR-T : Évaluation des comportements autistiques (version révisée) de G. Lelord et C. Barthélémy

Cette échelle a été validée dans le service de pédopsychiatrie de Tours. Elle comporte 29 items cotés de 0 à 4 en fonction de leur fréquence d'apparition. Elle permet d'explorer l'enfant autiste dans différents domaines de son comportement : retrait social, troubles de la communication verbale et non verbale, adaptation aux situations environnementales, troubles du tonus, motricité perturbée, réactions affectives, troubles des grandes fonctions instinctives, troubles de l'attention, des perceptions et des fonctions intellectuelles. Elle indique, pour les différents comportements observés, les variables spontanées au cours du temps et les améliorations induites par les thérapeutiques et les rééducations.

A partir des cotations régulières de l'échelle, des profils symptomatiques sont obtenus pour un enfant. Ce profil peut être suivi sur plusieurs mois. Il est possible d'analyser l'évolution de ce profil, symptôme par symptôme, en tenant compte des différents facteurs qui ont éventuellement influencé cette évolution.

Les données quantifiées recueillies à partir de l'échelle sont par ailleurs utilisables en tant que variables cliniques pour la recherche d'éventuelles relations avec d'autres variables. Il est ainsi possible de suivre l'évolution de la « déficience relationnelle » et de « l'insuffisance modulatrice » à partir de scores récapitulatifs spécifiques.

ECAR-T		ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)				
G. Lelord C. Barthélémy						
Nom :	<input type="text"/>					
Date :	<input type="text"/>					
Traitement :	<input type="text"/>					
Mettre une croix dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte		0	1	2	3	4
1	Recherche l'isolement [ISO]					
2	Ignore les autres [IGN]					
3	Interaction sociale insuffisante [SOC]					
4	Regard inadéquat [REG]					
5	Né s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole [VOI]					
6	Difficulté à communiquer par les gestes et par la mimique [GES]					
7	Émissions vocales, verbales stéréotypées ; écholalie [ECH]					
8	Manque d'initiative, activité spontanée réduite [ACT]					

Un manuel pour l'aide à la cotation est disponible pour cet instrument.

3. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

- EPCA : Evaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (nouvelle appellation de la Grille G. Haag et Coll.). En anglais : Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC).

Cette échelle, qui comprend 147 items, permet de suivre le développement de l'enfant autiste dans sept dimensions au cours de cinq étapes évolutives : expressions émotionnelles dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives. L'axe théorique sous-jacent est que la constitution de l'image du corps est au coeur de la situation subjective et de sa symbolisation. La relation à l'environnement et à l'autre peut être abordée à partir de l'évolution du regard, du langage, de l'exploration et des manifestations agressives.

La cotation, de 0 à 4 des propositions, est à l'appréciation du clinicien en termes d'importance (intensité, fréquence, signification, confondues).

Les cinq étapes évolutives observées sont les suivantes : état autistique sévère, étape de récupération de la peau, réduction du clivage vertical, réduction du clivage horizontal, individuation.

Dans cette grille et pour chacune des dimensions, il existe 3 types d'items :

- *Ceux qui décrivent des éléments pathologiques (P),*
- *Ceux qui décrivent des éléments qui peuvent sembler pathologiques, mais qui traduisent un processus de développement en cours : Emergence Développementale Temporaire (EDT). Ce développement en cours peut contenir des traits qui expriment que le processus est initié mais n'est pas terminé (par exemple "crispation" dans le repérage des cycles faits dans l'organisation de vie par les enfants et coté en temps circulaire).*
- *Ceux qui traduisent un développement acquis (D)*

Cette grille est en cours de publication dans Pour la Recherche 2013.

4. Questionnaire de configuration psychothérapique (version enfant). (Schneider & Jones, 2006 ; traduction française autorisée, M, JM Thurin, C Schneider)

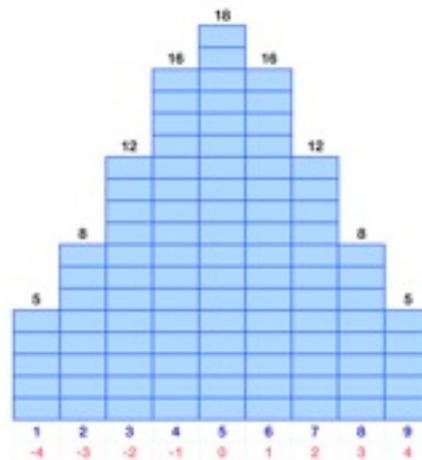
Le *Child Psychotherapy Q-set (CPQ)* est une extension du *Psychotherapy process Q-set* de Jones et al. (1985). Il a été élaboré au cours de plusieurs années avec un panel de cliniciens se référant à différentes théories.

Le *CPQ* 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 CPQ 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 CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacune des 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. diagramme ci-dessous). Cette méthodologie permet la comparaison (à partir des données cliniques), prévenant le biais de réponses par séries et risquant de créer un effet de halo. Pour le dire autrement, le choix de la valeur des items se fait en sélectionnant entre deux valeurs proches celle qui correspond le plus à l'item en question.



Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour faciliter la cotation.

Le CPQ comprend trois types d'items :

1. Les éléments décrivant les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience de l'enfant.
2. Les éléments décrivant les actions et les attitudes du thérapeute.
3. Les éléments portant sur la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Exemples des différents types d'items :

1er type : Item 40. L'enfant communique de façon inaffektive.

- Placer vers caractéristique si l'enfant parle ou rapporte des informations de façon

monotone ou inffective.

- Placer vers non caractéristique si la communication de l'enfant est chargée d'affect. Par exemple, l'enfant exprime différents affects suivant un éventail varié de tonalités, de caractères imagés ou de postures.

2ème type : Item 12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées .

- Placer vers caractéristique si le thérapeute utilise ses propres affects et sa tonalité émotive quand il aborde les états émotionnels de l'enfant. Par exemple, quand l'enfant décrit sans sentiment l'enterrement d'un animal aimé familial, le thérapeute dit tristement « Cela me fait vraiment de la peine, comme si j'allais pleurer ».

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives. Par exemple, quand l'enfant discute la perte d'un animal familial sur un mode inaffectif, le thérapeute dit « Je pense que vous êtes triste ».

3ème type : Item 16. Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).

- Placer vers caractéristique s'il y a discussion ou évocation à travers le jeu des fonctions corporelles. Les fonctions corporelles peuvent inclure la miction, les mouvements d'intestin, ou la fonction des organes sexuels.

- Placer vers non caractéristique si l'examen des fonctions corporelles est activement évité, ou non discuté quand ce thème émerge dans le jeu ou le comportement. Par exemple, l'enfant demande à être excusé pour utiliser les toilettes deux fois pendant la séance, et le thérapeute ne relève pas cet événement.

Il existe trois ordres de cotations :

- **Caractéristique** = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

- **Neutre** = non pertinent ou sans importance dans la séance.

- **Non caractéristique** = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable.

Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie neutre, ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie neutre quand il est vraiment **non pertinent** ou **sans importance** dans le contexte clinique actuel. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que **l'absence** d'un comportement ou d'une expérience particulière **est remarquable**. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée qui facilite le travail et en réduit le temps. La cotation de chacun des pairs est insérée dans un document word pour la validation en commun. La version validée sera conservée dans une base de données, ce qui permettra l'analyse ultérieure du processus et son éventuelle comparaison avec celui de cas analogues.

Le CPQ est utilisé dans le cadre des études du pôle autisme du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques*. Il permet l'évaluation de différents facteurs à l'oeuvre dans les psychothérapies, à savoir : l'alliance thérapeutique dont il permet de distinguer, l'engagement, le transfert, la participation du patient dans sa thérapie, l'engagement, l'ajustement du thérapeute et leur interaction. D'autres facteurs, notamment comme l'expression des affects, l'interprétation, la communication, etc, peuvent être appréhendés. Les premiers résultats, à partir de huit cas évalués sur une durée d'une année ont été présentés en 2011 au cours de la Journée d'étape du Réseau et lors des 9^{èmes} Rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres qui se sont tenues au Ministère de la Santé. Une centaine de cliniciens participent à ces études dans le pôle autisme et utilisent donc cet instrument qui apporte beaucoup à la clinique et à l'élaboration des grandes questions qui la sous-tendent.

Ref biblio : L'instrument est traduit en langue française. Il est publié dans sa version intégrale dans le numéro 66 de [Pour la Recherche](#) (septembre 2010). *Questionnaire de configuration du processus psychothérapeutique Version enfant. Traduction française, M Thurin, JM Thurin et C Schneider.*

4. Définition des médiateurs préconstruits et indicateurs de changements du CPQ

a) Alliance

Ce facteur regroupe les items qui indiquent qu'une alliance de travail se construit ou non entre le patient (P) et le thérapeute (T). Cette alliance est la moyenne des scores concernant 1. Le Patient - 1.a) engagement/résistance (EP), 1.b) participation du patient dans la thérapie (PP) ; 2. Le Thérapeute - 2.a) engagement (ET), 2.b) ajustement (AT) ; 3. L'Interaction patient-thérapeute (IT).

1. Patient

- **Engagement/résistance du patient (EP) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : 13, 30, 71, 88, 96.

Ce sous facteur témoigne que les apports de l'enfant dans la discussion ou dans ses activités sont reliés au travail de la psychothérapie.

item	Descriptifs
13	L'enfant est animé ou en éveil
30	Les aspirations ou les ambitions de l'enfant font partie des thèmes abordés.
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.
96	Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.

- **Participation du patient (PP) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : 19, 29, 63, 72, 83.

Ce sous facteur témoigne de l'activité explicite de l'enfant durant la séance.

item	Descriptifs
19	L'enfant demande un conseil ou une information.
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique)
63	L'enfant explore les relations avec les autres significatifs.
72	L'enfant est actif.
83	L'enfant fait des demandes répétées au T.

- **Transfert du patient (TP) - (9 items)**

Ce facteur est composé de 9 items : Abs (_01) + Abs (_10) + Abs (_15) + Abs (_20) + Abs (_39) + Abs (_49) + Abs (_64) + Abs (_78) + Abs (_80)

Ce sous facteur témoigne que l'enfant a établi des liens (ou non) déjà assez élaborés dans sa relation au thérapeute (recherche d'intimité, reproche directement adressé, participation au jeu du T. etc).

item	Descriptifs
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)
20	L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique (R. l'enfant est particulièrement respectueux, compliant, ou semble jouer le rôle du « bon patient »)

item Descriptifs

- 39 L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)
- 49 L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance)
- 64 L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).
- 78 L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute (R. l'enfant se comporte d'une manière qui évoque la désapprobation, l'irritation, ou le rejet).
- 80 L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).

2. Thérapeute

- **Engagement du thérapeute (ET) - (6 items)**

Ce facteur est composé de 6 items : $_{06} + (_{09} * -1) + (_{24} * -1) + _{60} + _{66} + _{86}$

Ce sous facteur témoigne de l'empathie (ou non) du thérapeute envers l'enfant qui ne se situe pas à proprement parler dans l'approche mais plutôt le style du thérapeute.

item Descriptifs

- 6 Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.
- 9 Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).
- 24 Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique
- 60 Le thérapeute est protecteur de l'enfant.
- 66 Le thérapeute est directement rassurant.
- 86 Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).

- **Ajustement du thérapeute (AT) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : $_{17}; _{45}; _{47}; _{77}; _{89}$

item Descriptifs

- 17 Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).
- 45 Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.
- 47 Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.
- 77 L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.
- 89 Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.

3. Interaction (IT) - (13 items)

Ce facteur est composé de 13 items : $_{04}; _{11}; _{14}; _{16}; _{23}; _{35}; _{38}; _{74}; _{75}; _{90}; _{91} + (_{41} * -1) + (_{42} * -1)$ 04, 11, 14,

item Descriptifs

- 4 Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.
- 11 Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).
- 14 Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.
- 16 Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
- 23 La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.
- 35 L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.

item Descriptifs

- 38 Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée en se rapportant à des événements ou à des sentiments.
- 74 L'humour est utilisé (R. l'interaction entre le thérapeute et l'enfant semble austère ou sombre).
- 75 Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées (R. la discussion des interruptions dans le traitement ou la terminaison semble être évitée).
- 90 Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.
- 91 Une phase précoce de développement est un thème.
- 41 L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).
- 42 L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute. (R. l'enfant répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations)

b) Approches générales et interventions pivots

Ce facteur regroupe les actions thérapeutiques qui se déroulent au cours de la séance. Nous avons différencié deux niveaux de regroupement : 1) Le premier concerne de façon globale les actions qui se réfèrent aux facteurs communs, au cadre thérapeutique et aux approches qui se rapportent à une référence théorique spécifique ayant fait l'objet d'une distinction avec une cotation des éléments les plus spécifiques dans une perspective générale (TCC, PPD) ; 2) Le second considère quatre actions qui peuvent être associées aux fonctions pivots et donc susceptibles d'être associées aux changements : expression et conscience des affects, communication, verbalisation et langage, interprétation/signification, conseil et comportement.

1. Actions se référant à une approche générale psychodynamique ou cognitivo-comportementale (20 items)

Ce sous facteur regroupe les items où le thérapeute réalise une action thérapeutique explicite. Cette action est relative à son approche et à la direction de la psychothérapie qu'il mène. Elle peut être nettement identifiée à une technique, par exemple : Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (TCC) ; Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (PPD), mais aussi relative à des facteurs communs, p.e Le thérapeute pose des limites (48).

a. Facteurs spécifiques

Ces items sont issus d'une publication de C Schneider (en rouge, les items dont la formulation est associée à un score négatif ; des items significatifs d'une approche peuvent être discriminatifs de l'autre et cotés en négatif (par exemple, item 27)

ppd : 6, 45, 62, 38, 67, 79, 65, 76, 50, 52 – 27, 41, 09, 66, 21, 17, 55, 37, 18, 24

tcc : 55, 37, 66, 21, 27, 87, 57, 17, 03, 69 – 24, 51, 41, 100, 98, 09, 93, 90, 46, 67

b. Facteurs communs.

Ce facteur a été identifié à partir des éléments les plus caractéristiques pour les 50 patients et du Facteur F1 issu de l'analyse factorielle simple des scores moyens des 100 items du CPQ chez les 50 patients.

2. Actions relatives aux fonctions pivots

- **Expression et conscience des affects (ECA) - 6 items**

Ce facteur est composé de 6 items : 12, 50, 79, 81, 82, 97.

Ce facteur regroupe les items décrivant l'attitude du thérapeute et sa technique pour aider l'enfant à prendre conscience de ses affects, de ses sentiments et de ses changements d'humeur, à les exprimer et à les contrôler.

item Descriptifs

- 12 Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.
- 50 Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, envie, excitation).
- 79 Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
- 81 Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.
- 82 Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments.
- 97 Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- **Communication, verbalisation et langage (CVL) – 7 items**

Ce facteur est composé de 7 items : 03, 16, 21, 31, 65, 79, 97.

Ce facteur regroupe les items reliés aux actions du thérapeute destinées à faciliter l'expression verbale de l'enfant. Sont inclus dans ce cadre, les items qui, dans cette perspective, se rapportent au style et à l'adaptation du thérapeute au discours de l'enfant, ceux qui concernent les informations et explications qu'il lui donne, les clarifications ou reformulations qu'il introduit ou la discussion du cadre de la psychothérapie.

item Descriptifs

- 3 Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.
- 16 Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
- 21 le thérapeute dévoile quelque chose de lui.
- 31 Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.
- 65 Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.
- 79 Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
- 97 Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- **Interprétation/signification (IS) - 10 items**

Ce facteur est composé de 10 items : 36, 43, 46, 48, 62, 67, 68, 92, 76, 100 + Cas (_98≥0 ; _98 ; 0)

Ce facteur regroupe les items où le thérapeute interprète, établit des liens ou pointe un aspect particulier de son fonctionnement, de son expérience ou de sa conduite pour mener l'enfant à l'interprétation de leur signification.

item Descriptifs

- 36 Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense.
- 43 Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres.
- 46 Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.
- 48 Le thérapeute pose des limites
- 62 Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant.
- 67 Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées.
- 68 Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées.
- 76 Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience.
- 92 Les sentiments ou les perceptions de l'enfant sont liés aux situations ou comportement du passé.
- 100 Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.

- **Conseil et Comportement (CC) - 10 items**

Ce facteur est composé de 10 items : 02,18, 27, 37, 48, 52, 55, 57, 87, 99

Ce facteur regroupe les items où le travail de la séance est focalisé plus particulièrement sur le comportement de l'enfant. Il décrit les actions du thérapeute et les moyens qu'il utilise pour amener une modification des comportements non souhaitables.

item	Descriptifs
------	-------------

- | | |
|----|--|
| 2 | Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes). |
| 18 | Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord. |
| 27 | Il y a une attention particulière pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance. |
| 37 | Le thérapeute se comporte de façon didactique. |
| 48 | Le thérapeute pose des limites |
| 52 | Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances. |
| 55 | Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables. |
| 57 | Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant. |
| 87 | Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute). |
| 99 | Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils. |

c) Indicateurs de changement intrapsychique issus du CPQ.

1. Insight (INS) - 5 items

Ce facteur est composé de 5 items : 05 (*-1), 32, 53, 54, 58 (*-1).

Il témoigne des dispositions et des capacités de l'enfant à comprendre ce qui est abordé dans la séance en relation à un travail psychique et à se comprendre lui-même. Il peut également (en négatif) s'agir d'une obstruction à la compréhension par un discours plus ou moins confus.

item	Descriptifs
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute.
32	L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes.
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale.
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.

2. Amélioration de l'état Émotionnel et de son expression, réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD) - 9 items

Ce facteur est composé de 9 items : 22 (*-1), 33 (*-1), 34 (*-1), 40 (*-1), 51 (*-1), 56 (*-1), 70 (*-1), 84 (*-1), 85 (*-1)

Ils concernent l'état émotionnel de l'enfant (crainte/attente positive, besoin de proximité/d'autonomie), et son expression par le patient (difficulté d'expression, alexithymie/ expression affectivée, expression sous la forme de colère ou d'auto agression/éviterment des sentiments de colère) et les mécanismes de défense (projection/ attribution et responsabilité, absence de modulation/contrôle des impulsions, distanciation/expression modulée, projection/reconnaissance de ses sentiments), acting (auto agression / agression tournée vers l'extérieur).

Globalement, plus le score est fort, mieux va l'enfant, mais un examen attentif de la signification de chaque item dans son contexte est nécessaire) .

item	Descriptifs
22	L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé (R l'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé).
33	L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un (R l'enfant fait état ou exprime son sentiment de vouloir être distant, séparé ou de n'avoir besoin de personne)
34	L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés (R. l'enfant prend la responsabilité appropriée de ses propres actions ou de sa position).
40	L'enfant communique de façon inaffektive (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).
51	L'enfant attribue ses propres caractéristiques ou ses sentiments au thérapeute (R. l'enfant reconnaît ses propres caractéristiques et sentiments).
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).
70	L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions (R. l'enfant ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve).
84	L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs (R. des sentiments conséquents de colère ou d'agressivité sont délibérément évités).
85	L'agression de l'enfant est dirigée contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).

3. Relation au monde et aux autres¹⁰⁴ (RMA) - 12 items

Ce facteur est composé de 12 items : 7 (*-1), 8, 13, 25 (*-1), 26 (*-1), 44 (*-1), 59 (*-1), 61 (*-1), 63, 73 (*-1), 94 (*-1), 95 (*-1)

Ils témoignent de la relation à la réalité de l'enfant.

Un score négatif traduit une relation difficile qui se manifeste chez l'enfant par son degré d'anxiété et de tension, de décalage, de méfiance, d'infériorité, de timidité, de crainte, de tristesse, de manque de spontanéité.

Un score positif traduit une relation marquée par la détente, la confiance, l'imagination, la curiosité et l'exploration des relations avec les autres.

item	Descriptifs
7	L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).
8	L'enfant est curieux (vs montre du désintéret pour ce qui l'entoure).
13	L'enfant est animé ou en éveil (vs semble ennuyé, morne, sans vie ou sombre)
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).
26	L'enfant est socialement désaccordé ou décalé (vs l'enfant est attentif aux interactions sociales).
44	L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (vs confiant et en sécurité).
59	L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur).
61	L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).
63	L'enfant explore les relations avec les personnes importantes pour lui (la discussion de ces relations est évitée ou rapportée sans élaboration ou curiosité).

¹⁰⁴ Le choix des items a été réalisé en relation avec l'approche biologique des conséquences du stress, éléments symptomatiques et complémentaires quand il a un effet désorganisateur avec recherche d'adaptation d'un côté, activités d'exploration et disponibilité lorsqu'il est absent ou résolu, de l'autre.

73	L'enfant exprime des craintes ou montre un comportement phobique (R. l'enfant semble calme, courageux, et à l'aise même lorsque quelque chose est effrayant ou déconcertant).
94	L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).

3. Définition des modérateurs dans les études de cas autisme

Dans le cadre de l'autisme, nous avons distingué, outre l'âge de l'enfant et son sexe, 10 éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur le processus de la psychothérapie et d'avoir un impact sur ses effets : *Âge de repérage des troubles et de début de la psychothérapie, Contexte du développement précoce, Événements précoces potentiellement traumatiques, Soutien familial de l'enfant, Existence de relations psychosociales, Soutien de la psychothérapie par les parents, Comorbidité psychique, Comorbidité somatique, Plateau technique, Scolarisation.*

Age

Sexe (F/M)

- 1. Âge du repérage des troubles :** (à partir de la première consultation de l'enfant)
- 2. Contexte de développement précoce de l'enfant difficile :**
Insomnie de l'enfant, difficultés importantes d'alimentation, réponses physiologiques exacerbées, spontanées ou consécutives à un événement ou une situation ...
- 3. Événements précoces potentiellement traumatiques**
Événements déstabilisants et insécurisants tels que instabilité du cadre, précarité, déplacement géographique, agression
- 4. Soutien familial de l'enfant**
Le soutien familial peut être élevé ou réduit par l'épuisement ou un contexte externe difficile
- 5. Existence de relations psychosociales** (même si l'enfant est en retrait)
Ces relations concernent les pairs, d'autres membres de la famille, les partenaires sociaux (école, crèche, para médicaux, ...), ...
- 6. Soutien de la psychothérapie par les parents** (signaler si le soutien est partagé ou ne repose que sur 1 parent et si ce soutien permet la régularité de la psychothérapie)
- 7. Comorbidités psychiques de l'enfant**
Dépression, TDAH, trouble grave du sommeil, ...
- 8. Comorbidités somatiques de l'enfant**
Maladie somatique, complications à la naissance, ...
- 9. Plateau technique**
Plus ou moins développé, il peut aussi différer avec l'âge de l'enfant (p.e., arrêt de la nécessité de la psychomotricité, de l'orthophonie et des ateliers éducatifs), ce qui est pris en compte dans la cotation
- 10. Scolarisation**
La scolarisation partielle ou accompagnée est prise en compte

Chacun des éléments est pris en compte dans la cotation du modérateur (0 ou 1). La somme des 10 cotations conduit à un index de difficulté contextuelle initiale (IG) ou de contexte favorable initial (IF) suivant l'orientation de la cotation. Dans l'étude, le contexte a été indexé sous l'angle de la difficulté (IG), mais la description individuelle des modérateurs présente les éléments du contexte dans son ensemble, avec ses difficultés, ses éléments favorables, et son évolution au cours de la psychothérapie.

4. Tableau récapitulatif du plateau technique des 50 enfants

CP	âge	séances/s	orthophonie	psychomotricité	entretien pédiatre	entretien psychiatre	ateliers	scolarisation
X003	5	3s/s						
X005	14	2s/s (libé)	oui en libéral (antérieure)	oui (antérieure)			IME : autour des activités ménagères	normale jusqu'à 7 ans, puis Clis puis IME
X007	4	2 s/s	non nécessaire	non	à la demande		SESSAD sans précision	matin avec AVS
X030	6	2		1s/semaine			communication avec 2 autres enfants musicothérapie	2j/s à l'HDJ en alternance avec école maternelle
Xi03	11	3s/s	oui	oui				oui
Xi26	5	3s/s						oui
Xi32	7	2s/s	2s/s	3/s			piscine	oui
Y001	5	2 / s (libé)	2/s (makaton)				suivi en libéral(jeux)	2 J + 2 demi j/s avec AVS
Y003	6	1/s	1/s en institution et 1 s/15j en libéral	1s/s			1/s : bassin	1 demi J: maternelle avec AVS
Y009	12	3s/s	1/s en libéral	1s/s		1/s avec la famille	piscine, sport, art plastique, etc... psychodrame	HJ : enseignant spécialisé, travail quotidien
Y010	4	2 puis 1	2 s/s interrompu par les parents			mensuel au départ, nombreux annulés	jardin d'enfant 1/s annulé par les parents	2 matinées avec AVS
Y011	11	2 s/s						
Y012	9	1/s (libé)	1/s en libéral				trampoline ferme pédagogique vélo	IME
Y013	8	2s/s (libé)	1			mensuel (CMP)	multi sport, natation	CLIS
Y014	5	3 puis 2	1 puis 2 s/s	1 s/s 1a puis arrêt	1/an			maternelle : 4j/s. Actuel 2è a de CLIS
Y015	12	2 s/s						HJ
Y017	7	3/s	0	1 s/s		1 / mois	3/s	2h spécialisé
Y018	5	2 s/s : 1 seul, 1 avec la mère	oui	oui + Kiné				avec AVS
Y019	3	1/s		1s/s			trampoline, jeux en hauteur, calendrier	

Y020	11	2/s				1 / mois	2/s	école hôpital / 3 demi J/s
Y021	5	non indiqué						
Y022	10	1/s	1 s/s	1 /s à 8 ans puis arrêt		ts les 3 mois	escalade 1/s gr habileté sociale	normal : collège 5ème
Y027	6	2/s				rare		Inst spécialisé 5 j/s
Y030	4	2 s/s	1 s/s en groupe	oui			groupe de vie éveil et cuisine	HDJ
Y031	6	2 s/s		oui			chants mimés et pataugeoire	HDJ 4m/s 1/2 j/s avec AVS puis arrêt
Y032	4	2 s/s (a changé de thérapeute 2f au cours des 12 mois de TED)		oui + Kiné			psychoéducatifs (bulles, bâtons de pluie, tour à boule, balle à ressort)	2m/s avec AVS
Y033	4	2 s/s		1s/s en groupe			pataugeoire atelier musical éveil équitation	4m/s avec AVS
Y034	5	nombre ?		oui			atelier groupe	avec AVS
Y036	5	2 s/s	1/s (Makathon)		1/2 mois (coordinateur des soins)	1/mois entretien familial	1/s (TED)	le matin puis tous les jours avec AVS
Y037	5	nombre ?		oui c'est la T				2j/s avec AVS +HDJ
Y041	8	1/s	1/s indiv 1/s groupe			1/an pour synthèse annuelle	4/s : sucré/salé, relaxation, jeux moteurs, sortie ext.	1heure/s classe normale (musique), 3 s/s : institutrice HJ, 4 matinées/s Unité spécialisée
Y044	7	2	1 s/s	mise en place une année plus tard		1/mois : entretien familial	3/s	5 demi J/s (normale)
Yi05	11	2s/s puis 1/s	oui (public)	oui (public)				avec soutien
Yi06	6	4s/s + ABA depuis 1 an et demi	oui en libéral					école avec soutien inadapté
Yi07	4	2 s/s	oui	oui				école privée avec aide
Yi10	10	3s/s						bonne intégration
Yi11	10	2 s/s				organisation de groupe famille/enseignant/enfant	piscine	bonne
Yi13	6	3s/s						avec soutien
Yi14	13	4s/s						avec soutien, assez bon rendement scolaire

Yi15	8	3s/s	oui			scout, sport		avec soutien
Yi16	8	3 puis 2	oui			sport		oui bonne avec soutien
Yi17	14	1/s	oui					avec soutien
Yi19	7	2 s/s						oui, il est très apprécié
Yi20	3	3s/s	oui					oui avec soutien
Yi22	6	1/s						avec soutien
Yi23	15	1/s				1f/s	scout, musique	très bonne intégration scolaire
Yi24	14	1 puis 2/s	oui	oui				oui
Yi25	6	2 s/s + ABA						avec AVS
Yi28	9	3 puis 2 puis 1 édu. à domicile 2f/s + TCC 2f/s						école normale
Yi30	13	3s/s					musicothérapie sport	avec soutien

5. Exemple de fiche de synthèse pour chaque patient

CodePatient	Y001	Date Début Traitement	10/09/2008	termine	
polePatient	Autisme	Certificat Consentement	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Oui	
codeSoignant	001	début étude : année	2008	<input type="radio"/> Non	
age	5	reperage_avant3ans	après 3ans		
sexe	<input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	exercice			
psychotherapie	PPD	rythmeseances	2/semaine 45	début 3-4 ans	5 ans ou +
autres modalités thérapeut.	O : psychot, orthophonie (2/semaine 30 mn)				
travail avec parents	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				
soutienparentstherapie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ModF_aspt	1		
diagnostic posé antér.		IG	2	IF	8
CIM10	F 84.0	NAPA	2		
ant. prise en charge	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				
autre thérapie ou p en c	orthophonie 2 séances/sem				
psychotrope	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	contextes			
scolarisation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

vignette clinique

Les parents de Y001, très inquiets de son développement atypique, ont contacté directement la psychothérapeute. Ils avaient pris rendez-vous avec le CAMPS de la ville pour leur enfant de deux ans et demi auquel on proposait une hospitalisation en pédopsychiatrie à 40 kms de leur domicile avec un traitement psychotrope contre l'agitation. Il fallait attendre de 18 mois pour une prise en charge en orthophonie, pas de psychothérapie proposée.

Lors de la première séance l'enfant passe son temps à coller et décoller des étiquettes qu'il empile ensuite sur sa main. Son regard ne croise pas celui de la psychothérapeute. Il frôle les murs et s'y accroche, comme collé ; il se provoque des stimulations visuelles en appuyant sur ses globes oculaires. Il jette beaucoup les objets et agresse sa mère en la mordant, la frappant et la griffant. Il est très agité et ne peut être intégré dans un groupe avec des enfants de son âge.

Y001 est en psychothérapie depuis 2 ans (2 séances par semaine, de 45 mn) au moment de son entrée dans l'étude. Il est noté qu'il ne possède pas le langage, qu'il présente une absence d'autonomie, a des problèmes d'alimentation et de comportement (agressivité, agitation, stéréotypies et un important retrait dans la relation).

Formulation de cas initiale

Y001 - FC initiale

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

Absence de langage, troubles du comportement, Retrait

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :

Événements stressant : Confié à sa grand-mère paternelle, dépressive

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème :

La maman de Merlin a été hospitalisée 15 jours après la naissance de celui-ci car elle souffrait d'une infection urinaire

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

Autisme modéré

Pas de langage

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :

Colle et décolle des étiquettes

Synthèse des modérateurs principaux

Y001 a commencé sa psychothérapie à deux ans et demi et bénéficie d'un très bon soutien familial. Les parents s'entendent très bien. Il a en outre un très bon plateau technique (école, thérapeute, orthophoniste, etc...) qui sont en bonne alliance associant les parents. Le début de vie a été difficile pour cet enfant dont la maman a dû être hospitalisée lorsqu'il avait 15 jours, puis c'est lui qui a déclaré une maladie grave des reins qui a rendu des hospitalisations régulières indispensables. Travail de la thérapeute très positif avec les parents pour lever les angoisses liées à sa maladie (rencontre avec la pédiatre), aux acquisitions, etc. Elle rencontre également la fratrie quand un problème se pose avec Y001. Très bonne alliance de l'enfant avec sa thérapeute.

Évolution ECAR EPCA et indicateurs CPQ au cours de l'année

CodePatient Y001

EGAR	EG-00	EG-02	EG-06	EG-12	varEG	teEG	DR_00	DR_02	DR_06	DR_12	IM_00	IM_02	IM_06	IM_12
	52	29	22	8	-44	?	50	23	17	0	67	25	17	25
	0	0	0	0	0		0	0	0	0				
EPCA	00_P	02_P	06_P	12_P	ecm D	var P	00_D	02_D	06_D	12_D	var D	ecm D	Apt T00	Apt T12
	21	11	13	6	0,0	15,0	40	38	50	62	22,0	0,0	7	14
CPQbase1	INS_02	INS_06	INS_12	EAD_02	EAD_06	EAD_12	SA_02	SA_06	SA_12					
	2,00	5,00	5,00	13,00	12,00	13,00	14,00	23,00	18,00					

CPQtrescaract

item	Formulations	MsY001
09	(R. Le thérapeute est impliqué affectivement).	-3,00
24	(R le thérapeute ne répond pas personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-3,67
40	(R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-3,00
41	(R l'enfant exprime que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-3,00
44	(R. l'enfant se sent confiant et en sécurité).	-3,00
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	3,67
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.	3,67
61	(R. L'enfant ne semble pas embarrassé, est assuré, à l'aise ou sûr de lui).	-3,00
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu.	3,33
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire.	3,67
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément	3,33

EP_02	EP_06	EP_12	PP_02	PP_06	PP_12	TP_02	TP_06	TP_12	ET_02	ET_06	ET_12	AT_02	AT_06	AT_12	IT_02	IT_06	IT_12
6,0	5,0	7,0	7,0	4,0	1,0	30,6	52,8	38,9	10,0	13,0	5,0	8,0	10,0	4,0	8,0	7,0	12,5
ECA_02	ECA_06	ECA_12	CVL_02	CVL_06	CVL_12	IS_02	IS_06	IS_12	CC_02	CC_06	CC_12	IT_12					
12,5	25,0	33,3	28,6	7,1	3,6	10,0	30,0	40,0	-42,5	-7,5	-25,0	6,0					
CPQbase1	PPD_02	PPD_06	PPD_12	TCC_02	TCC_06	TCC_12	M-PPD	M_TCC									
	70,1	52,8	82,6	-29,4	-13,7	-24,1	68,5	-22,4									

Commentaire Analyse CPQ

On note parmi les médiateurs préconstruits « alliance » de la psychothérapie une réduction de la participation de Merlin à 12 mois qui se retrouve dans les scores d'engagement et d'ajustement de sa thérapeute, et dans l'interaction entre Merlin et sa thérapeute. Cette dimension présente un pic à 6 mois et se réduit ensuite. Il est à noter que, parallèlement, à 12 mois, l'expression et contenance des affects (ECA) d'une part, et l'interprétation de la signification de l'expérience et de la conduite de Merlin (IS) prennent une place très importante.

Concernant les 4 facteurs émergents, Merlin est un des seuls enfants dont les valeurs sont élevées dans le facteur commun (F1) et positif dans les 3 autres facteurs spécifiques.

Formulation de cas finale

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant et santé :

- Manque de fluidité des jeux symboliques.

Poursuite du travail sur la névrotisation des défenses avec la construction de la personnalité.

Problèmes de nourriture : la sélectivité s'est améliorée, sauf pour les légumes.

A acquis le langage : utilisation de phrases, avec le « je », le futur, le passé composé, mais la grammaire est à améliorer.

La socialisation reste à travailler, malgré l'entrée au CP. Il est intégré toute la semaine, 6 demi-journées sur 8, en raison des temps de traitements dans une classe de son âge (CP) avec une EVS.

Difficulté à tolérer l'échec (perdre à un jeu; ne pas parvenir à faire quelque chose qui est demandé par l'école)

Recherche d'un traitement pour le problème de rein.

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables

XVII.ANNEXE 2. TABLEAUX ET FEUILLES DE CALCUL

1. Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants
2. Histogrammes Age, IG et Napa
3. test t ECAR EG
4. test t ECAR DR
5. test t ECAR IM
6. Test t EPCA Pathologie
7. Test t EPCA Développement
8. Test t CPQ INS
9. Test t CPQ EAD
10. Test t CPQ RMA
11. Tableau descriptif des données (1)
12. Tableau descriptif des données (2)
13. Tableau descriptif des données (3)
14. Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans
15. Récapitulatif Tableau descriptif des données
16. Quantiles % Δ EG 50 patients
17. Quantiles % Δ Apt 50 patients
18. Variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice)
19. Variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement)
20. Variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA)
21. Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL
22. Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients
23. Données issues des prototypes d'approches psychothérapeutiques
24. CAH T02 facteurs préconstruits
25. CAH T06 facteurs préconstruits
26. CAH T12 facteurs préconstruits
27. Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois
28. Relation Classe T12 médiateurs préconstruits - Δ EG
29. Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax
30. Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P
31. Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax
32. CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3
33. Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax
34. CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois
35. Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes

36. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans
37. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans
38. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans
39. Histogramme de Δ Aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans
40. Quantiles de Δ Aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans
41. Statistiques descriptives groupes forts 1et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans
42. CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans
43. Médiateurs émergents enfants de 3-6 présentant un gain d'aptitudes faible
44. Médiateurs émergents des enfants de 3-6 présentant un gain d'aptitudes fort
45. Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude
46. Histogramme nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans
47. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans
48. Histogramme Δ Apt enfants de 7 à 11 ans
49. Quantiles Δ Apt enfants de 7 à 11 ans
50. Desc facteurs préconstruits comparatif 7-11 et 3-6
51. Facteurs émergents groupe 7-11 fort

1. Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants

_RecapPsychot3-15_50P.xlsx

Desc

1

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 30/12/2012 à 11:42:19

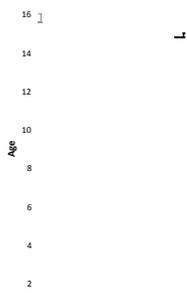
Données quantitatives : Classeur = _RecapPsychot3-15_50P.xlsx / Feuille = tout / Plage = tout!\$B\$1:\$D\$51 / 50 lignes et 3 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

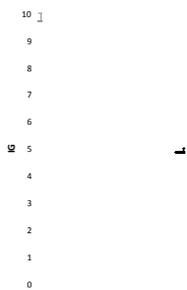
Statistique	Age	IG	Napa
Nb. d'observati	50,00	50,00	50,00
Minimum	3,00	0,00	0,00
Maximum	15,00	9,00	10,00
1er Quartile	5,00	2,00	0,00
Médiane	6,00	3,00	2,00
3ème Quartile	10,00	4,00	4,00
Moyenne	7,65	2,98	2,60
Variance (n-1)	11,27	2,47	8,26
Ecart-type (n-1)	3,36	1,57	2,87

Box plots :

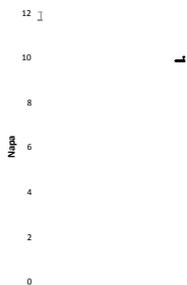
Box plot (Age)



Box plot (IG)



Box plot (Napa)



31/12/12

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:_RecapPsychot3-15_50P.xlsx

Le box plot représente sous la forme d'une boîte la médiane et les quartiles. la médiane signifie que 50% des enfants ont moins de la valeur affichée et 50% ont plus de la valeur affichée, pour le 3ème quartile, c'est 75% dessous et 25% dessus, etc.

2. Histogrammes Age, IG et Napa

_RecapPsychot3-15_50P.xlsx

Histogramme

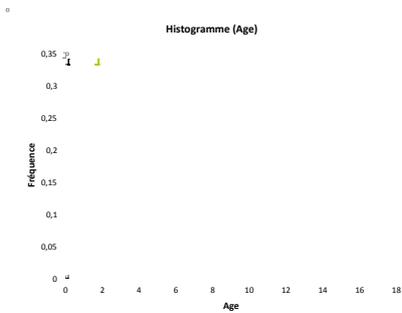
1

XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 30/12/2012 à 11:48:39

Données : Classeur = _RecapPsychot3-15_50P.xlsx / Feuille = tout / Plage = tout!\$B\$1:\$D\$51 / 50 lignes et 3 colonnes
Intervalles : Nombre = 10

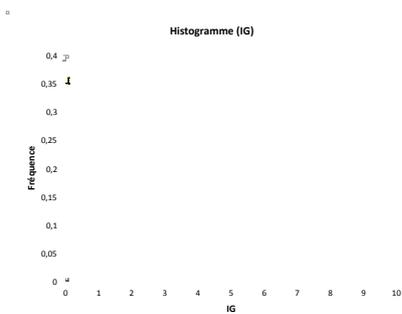
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données	mams données	man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age	50	0	50	3,000	15,000	7,650	3,357	
IG	50	0	50	0,000	9,000	2,980	1,571	
Napa	50	0	50	0,000	10,000	2,600	2,873	



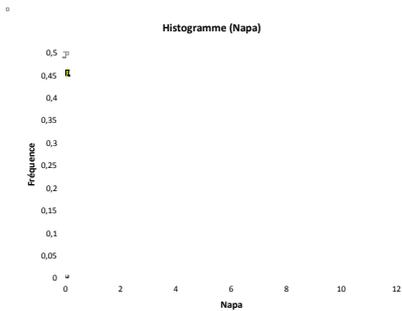
Statistiques descriptives pour les intervalles (Age) :

Borne inférieure	borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,6	0	0,000	0,000
1,6	3,2	2	0,040	0,025
3,2	4,8	7	0,140	0,088
4,8	6,4	17	0,340	0,213
6,4	8	2	0,040	0,025
8	9,6	7	0,140	0,087
9,6	11,2	7	0,140	0,088
11,2	12,8	2	0,040	0,025
12,8	14,4	5	0,100	0,063
14,4	16	1	0,020	0,013



Statistiques descriptives pour les intervalles (IG) :

Borne inférieure	borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
0	0,91	3	0,060	0,066
0,91	1,82	4	0,080	0,088
1,82	2,73	10	0,200	0,220
2,73	3,64	18	0,360	0,396
3,64	4,55	8	0,160	0,176
4,55	5,46	6	0,120	0,132
5,46	6,37	0	0,000	0,000
6,37	7,28	0	0,000	0,000
7,28	8,19	0	0,000	0,000
8,19	9,1	1	0,020	0,022



Statistiques descriptives pour les intervalles (Napa) :

Borne inférieure	borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,1	23	0,460	0,418
1,1	2,2	9	0,180	0,164
2,2	3,3	4	0,080	0,073
3,3	4,4	3	0,060	0,055
4,4	5,5	1	0,020	0,018
5,5	6,6	4	0,080	0,073
6,6	7,7	3	0,060	0,055
7,7	8,8	0	0,000	0,000
8,8	9,9	0	0,000	0,000
9,9	11	3	0,060	0,055

3. test t ECAR EG

ECAR_50toutsimple.xlsx

Tests t et z (1 échant.)EG

13/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 29/11/2012 à 14:39:20

Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!\$C\$1:\$D\$51 / 50 lignes et 2 colonnes

Moyenne théorique : 0

Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	man données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
EG00	50	0	50	12,069	62,069	36,483	12,755
EG12	50	0	50	1,724	45,690	19,086	11,028

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (EG00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 32,858; 40,108 [

Différence	36,483
t (Valeur obser	20,225
t (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (EG12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 15,952; 22,220 [

Différence	19,086
t (Valeur obser	12,238
t (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:ECAR:ECAR_50toutsimple.xlsx

4. test t ECAR DR

ECAR_50toutsimple.xlsx

Tests t et z (1 échant.)DR

13/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 11:50:06
Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!\$E\$1:\$F\$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
DR00	50	0	50	9,615	86,538	42,731	19,470
DR12	50	0	50	0,000	69,231	22,692	15,920

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (DR00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 37,198; 48,264 [

Différence	42,731
t (Valeur observée)	15,519
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (DR12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 18,168; 27,217 [

Différence	22,692
t (Valeur observée)	10,079
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

5. test t ECAR IM

ECAR_50toutsimple.xlsx

Tests t et z (1 échant.)IM

13/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 29/11/2012 à 14:43:11

Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!\$G\$1:\$H\$51 / 50 lignes et 2 colonnes

Moyenne théorique : 0

Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
IM00	50	0	50	8,333	75,000	36,500	16,572
IM12	50	0	50	0,000	75,000	20,167	14,686

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (IM00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 31,790; 41,210 [

Différence	36,500
t (Valeur observée)	15,574
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (IM12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 15,993; 24,340 [

Différence	20,167
t (Valeur observée)	9,710
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

6. Test t EPCA Pathologie

EpCATout_avecVar50P.xlsx

Tests t Path (1 échant.)

13/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 14:03:33

Données : Classeur = EpCATout_avecVar50P.xlsx / Feuille = Variations / Plage = Variations!\$C\$1:\$D\$51 / 50 lignes et 2 colonnes

Moyenne théorique : 0

Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	pas données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
P00	50	0	50	3,401	42,857	18,816	9,753
P12	50	0	50	0,680	29,932	11,442	7,085

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (P00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 16,045; 21,588 [

Différence	18,816
t (Valeur observée)	13,643
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (P12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 9,429; 13,456 [

Différence	11,442
t (Valeur observée)	11,419
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

7. Test t EPCA Développement

EpCATout_avecVar50P.xlsx

Test t Dev (1 échant.)

13/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 14:04:55

Données : Classeur = EpCATout_avecVar50P.xlsx / Feuille = Variations / Plage = Variations!\$K\$1:\$L\$51 / 50 lignes et 2 colonnes

Moyenne théorique : 0

Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Dev00	50	0	50	3,546	63,830	34,340	16,540
Dev12	50	0	50	12,057	78,723	47,801	17,387

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (Dev00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 29,640; 39,041 [

Différence	34,340
t (Valeur observée)	14,681
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (Dev12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :

] 42,860; 52,743 [

Différence	47,801
t (Valeur observée)	19,440
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

8. Test t CPQ INS

ins,ead,rma,var-te.xlsx

Tests t et z INS (1 échant.)

17/05/13

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:18:33
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!\$B\$1:\$C\$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données	man données	man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
INS_02	50	0	50		-75,000	55,000	-15,300	27,598
INS_12	50	0	50		-65,000	55,000	-7,100	31,169

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -23,143 ; -7,457 [

Différence	-15,300
t (Valeur observée)	-3,920
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	0,000
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.03%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -15,958 ; 1,758 [

Différence	-7,100
t (Valeur observée)	-1,611
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	0,114
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0.05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 11.37%.

9. Test t CPQ EAD

ins,ead,rma,var-te.xlsx

Tests t et z INS (1 échant.)

17/05/13

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:18:33
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!\$B\$1:\$C\$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données	man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
INS_02	50	0		50	-75,000	55,000	-15,300	27,598
INS_12	50	0		50	-65,000	55,000	-7,100	31,169

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -23,143 ; -7,457 [

Différence	-15,300
t (Valeur observée)	-3,920
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	0,000
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.03%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -15,958 ; 1,758 [

Différence	-7,100
t (Valeur observée)	-1,611
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	0,114
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0.05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 11.37%.

10. Test t CPQ RMA

ins,ead,rma,var-te.xlsx

Tests t et z RMA (1 échant.)

17/05/13

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:22:10
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!\$F\$1:\$G\$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données	man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
REE_02	50		0	50	-41,667	47,917	7,667	19,873
REE_12	50		0	50	-18,750	47,917	16,125	13,728

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (REE_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 2,019; 13,315 [

Différence	7,667
t (Valeur observée)	2,728
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	0,009
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.88%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (REE_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 12,224; 20,026 [

Différence	16,125
t (Valeur observée)	8,306
t (Valeur critique)	2,010
DDL	49
p-value (bilatéral)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.

Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0.05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

11. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (1)

Donnees50casAut3.xlsx

Tableau descriptif données (1)

07/04/13

1. tableau descriptif des données

		Baseline : Groupes ≤ 6 ans et > 6 ans						p
		≤ 6 ans			> 6 ans			
		Mean	SD	N	Mean	SD	N	
Âge entrée dans l'étude		5	1	26	10,5	2,5	24	
ECAR								
	Ecar Global	38	14,2	26	35	11,1	24	<0,0001
	Def. Relationnelle	46	21,6	26	39,5	16,7	24	
	Insuffisance modulatrice	38	17,5	26	35,4	15,8	24	
EPCA								
							24	
	Emot/relation (Patho)	5,8	3,5	26	6,1	3,6	24	
	Emot/relation (Dev)	6	3,5	26	7,8	2,6	24	
	Regard (Patho)	2,7	2,1	26	2,3	2,1	24	
	Regard (Dev)	4	2,6	26	5,3	2,9	24	
	Image du corps (Patho)	9,2	6,9	26	8	6	24	
	Image du corps (Dev.)	7,8	5,3	26	11,2	3,7	24	
	Langage (Patho)	2,5	2,8	26	3,8	2,2	24	
	Langage (dev.)	5,8	5	26	11	4	24	
	graphisme (Patho)	1	1,4	26	0,8	1,3	24	
	graphisme (Dev)	7,4	8	26	13,1	8,2	24	
	Exploration (patho)	4,2	3,2	26	3,5	2,8	24	
	Exploration (Dev.)	4,8	4,4	26	7,1	5	24	
	Temporalité (patho)	1,7	2	26	1,5	1,4	24	
	Temporalité (dev.)	3,1	2,8	26	4,6	2,3	24	
	Agressivité (Patho)	0,9	1,4	26	1,4	2	24	
CPQ - cadre T (Alliance)								
	Engagement Patient	10,2	20	26	11,7	20,3	24	
	Participation Patient	-1,2	22,6	26	1	28,3	24	
	Engagement Thérapeute	51,6	18,5	26	38,2	24,4	24	
	Ajustement Thérapeute	30,4	22,4	26	26,9	18	24	
	Interaction P-T (transfert patient)	37,9	12,6	26	42,7	8,14	24	
	Interaction P-T (thème)	19	12	26	1,8	13,5	24	
CPQ - Actions Thérapeute								
	CVL	13,2	12,4	26	15,2	15,7	24	
	ECA	14,6	24,7	26	14,1	21,6	24	
	Interprétation/signification	-2,8	19,4	26	15,2	15,8	24	
	Conseil et comportement	-4,4	19,7	26	-3	14,7	24	
CPQ - Approche Générale T								
	PPD	40,3	27,9	26	44,4	18,1	24	
	TCC	7,8	28,4	26	-1,5	19,1	24	
CPQ Indicateurs de changement								
	Insight	-17,1	29,1	26	-13,3	26,4	24	
	Emotion-Affect	15,5	12,3	26	10,4	13,2	24	
	Réalité externe	3,4	19,4	26	12,3	19,8	24	

△ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

12. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (2)

Donnees50casAut3.xlsx

Tableau descriptif données (2)

07/04/13

1. tableau descriptif des données

	6 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans						p
	≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)			
	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	
Âge entrée dans l'étude	5	1		10,5	2,5		
ECAR							
Ecar Global	24	11	14	22,5	12,3	12,5	<0,0001
Def. Relationnelle	27	13,7	19	26,3	17,5	13,2	
Insuffisance modulatrice	23	18,6	15	24	16	11,4	
EPCA							
Emot/relation (Patho)	4,2	2,5	-1,6	3,9	2,4	-2,2	
Emot/relation (Dev)	7,7	2,9	1,7	8,4	2,7	0,6	
Regard (Patho)	2,7	1,8	0	1,3	1,3	-1	
Regard (Dev)	5,8	3,1	1,8	6,5	3,3	1,2	
Image du corps (Patho)	5,5	4,2	-3,7	5,3	4,1	-2,7	
Image du corps (Dev.)	10	5,7	2,2	14	3,2	2,8	
Langage (Patho)	2,3	2	-0,2	2,6	1,5	-1,2	
Langage (dev.)	9,5	6,2	3,7	12,9	4,7	1,9	
graphisme (Patho)	0,7	1,2	-0,3	0,5	0,8	-0,3	
graphisme (Dev)	9,8	9,2	2,4	13,9	8,6	0,8	
Exploration (patho)	2,7	3,1	-1,5	2	2,1	-1,5	
Exploration (Dev.)	7,9	5,3	3,1	7,3	5,4	0,2	
Temporalité (patho)	1,3	1,9	-0,4	0,8	0,9	-0,7	
Temporalité (dev.)	3,4	2,7	0,3	5,8	2,7	1,2	
Agressivité (Patho)	0,7	1,4	-0,2	1	1,4	-0,4	
CPQ - cadre T (Alliance)							
Engagement Patient	13,7	21	3,5	17,7	18,1	6	
Participation Patient	2,7	21	3,9	5,8	26,2	4,8	
Engagement Thérapeute	51,3	19,8	-0,3	43,8	18,3	5,6	
Ajustement Thérapeute	31,9	23,9	1,5	17,3	16,5	-9,6	
Interaction P-T (transfert patient)	42,5	10,8	4,6	39,8	10,3	-2,9	
Interaction P-T (thème)	1,2	19,3	-17,8	8,8	14,8	7	
CPQ - Actions Thérapeute							
CVL	13	16,1	-0,2	23,4	14,1	8,2	
ECA	16,5	17,3	1,9	24,5	17,3	10,4	
Interprétation/signification	1	21,9	3,8	13,6	16	-1,6	
Conseil et comportement	2,2	21,7	6,6	-11,6	15,3	-8,6	
CPQ - Approche Générale T							
PPD	34,8	30,1	-5,5	51,8	17,1	7,4	
TCC	12,1	26,7	4,3	-7,6	20,7	-6,1	
CPQ Indicateurs de changement							
Insight	-8,7	29,6	8,4	-14,8	29,5	-1,5	
Emotion-Affect	21,6	14,9	6,1	10,4	13,2	0	
Réalité externe	10,3	19,5	6,9	14,4	13,8	2,1	

Δ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

13. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (3)

Donnees50casAut3.xlsx

Tableau descriptif données (3)

07/04/13

1. tableau descriptif des données

	12 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans						p
	≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)			
	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	
Âge entrée dans l'étude	5	1		10,5	2,5		
ECAR							
Ecar Global	20	10,9	18	18,4	11,4	16,6	<0,0001
Def. Relationnelle	23	15,7	23	22,1	16,4	17,4	
Insuffisance modulatrice	20	12,9	18	20,1	16,7	15,3	
EPCA							
Emot/relation (Patho)	3,8	2,9	-2	3,8	2,6	-2,3	
Emot/relation (Dev)	8,1	3,3	2,1	8,8	2,7	1	
Regard (Patho)	2,6	2,1	-0,1	1,3	1,4	-1	
Regard (Dev)	7	3,7	3	7,8	3,5	2,5	
Image du corps (Patho)	4,3	4,8	-4,9	4,3	3,9	-3,7	
Image du corps (Dev.)	11,7	5,8	3,9	15	2,9	3,8	
Langage (Patho)	2	2,1	-0,5	2,5	1,6	-1,3	
Langage (dev.)	10,7	6	4,9	13,8	4,2	2,8	
graphisme (Patho)	0,7	1,3	-0,3	0,6	0,9	-0,2	
graphisme (Dev)	11,1	9,2	3,7	15,6	8	2,5	
Exploration (patho)	2,5	2	-1,7	1,8	2,2	-1,7	
Exploration (Dev.)	8,7	5,6	3,9	7,3	5,6	0	
Temporalité (patho)	0,8	1,2	-0,9	0,9	1,2	-0,6	
Temporalité (dev.)	4	3	0	5,6	3	1	
Agressivité (Patho)	0,7	1,1	-0,2	1	1,4	-0,7	
CPQ - cadre T (Alliance)							
Engagement Patient	13,5	26,4	3,3	16,9	18,1	5,2	
Participation Patient	5	16,6	6,2	4,4	22,9	3,4	
Engagement Thérapeute	48,1	22	-3,5	40,6	16,8	2,4	
Ajustement Thérapeute	31,9	22	1,5	18,5	21	-8,4	
Interaction P-T (transfert patient)	38,6	10,3	0,7	42,6	10,7	-0,1	
Interaction P-T (thème)	2,5	17,8	-16,5	7,4	14,7	5,6	
CPQ - Actions Thérapeute							
CVL	16,5	16,3	3,3	21,1	17,6	5,9	
ECA	18,3	21,7	3,7	21,4	17	7,3	
Interprétation/signification	4,8	20,9	7,6	14,3	13,9	-0,9	
Conseil et comportement	-6,5	20	-2,1	-12,5	15,5	-9,5	
CPQ - Approche Générale T							
PPD	44,8	23,9	4,5	49,6	19,6	5,2	
TCC	4	27,2	-3,8	-9,5	17,1	-8	
CPQ Indicateurs de changement							
Insight	-9,8	34,6	7,3	-4,2	27,4	9,1	
Emotion-Affect	21,6	12,5	6,1	13,9	13	3,5	
Réalité externe	16,3	14,6	12,9	15,9	13,1	3,6	

Δ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

14. Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans

ECA-R

Groupe moins de 7 ans

De façon générale, la progression des scores montre une amélioration du score global et des deux dimensions spécifiques de l'ECAR (déficience relationnelle et insuffisance modulatrice).

- *La déficience relationnelle* qui avait un score moyen de 46 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 19 points à six premiers mois et de 23 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 23.
- *L'insuffisance modulatrice* qui avait un score 38 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 15 points à six premiers mois et de 18 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 20.

Groupe de plus de 7 ans

De façon générale, la progression des scores montre une amélioration du score global et des deux dimensions spécifiques de l'ECAR.

- *La déficience relationnelle* qui avait un score moyen de 39,5 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 13,2 points à six premiers mois et de 17,4 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 22.
- *L'insuffisance modulatrice* qui avait un score 35,4 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 11,4 points dans les six premiers mois et de 15,3 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 20.

En résumé,

Le groupe des enfants les plus jeunes part d'un score moyen plus important au niveau de la déficience relationnelle mais montre une amélioration plus rapide que celui des plus âgés puisque l'on constate qu'à un an, le score est à peu près équivalent (à un point près). Nous constatons un rapport d'amélioration plus faible pour l'insuffisance modulatrice. En effet, le groupe des jeunes enfants a un score de 38 au départ, alors que celui des plus âgés est à 35,4, pour arriver à un an au même score (20).

EPCA

Concernant l'EPCA constituée de 8 dimensions incluant des signes pathologiques et des signes de développement, les résultats montrent qu'aucun enfant n'a régressé pendant son année de psychothérapie et que l'amélioration s'est réalisée de façon différente suivant les dimensions. Des différences se situent également au niveau des deux groupes d'âge.

Au niveau du développement, le groupe des jeunes enfants montre dans l'ordre des améliorations les plus importantes :

- Le langage : l'amélioration de 3,7 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre 4,9 points.
- L'exploration : l'amélioration de 3,1 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre 3,9 points.
- L'image du corps qui a acquis 2,2 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 3,9 points.
- Le graphisme : l'amélioration de 2,4 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre

3,7 points.

- Le regard qui a acquis 1,8 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 3 points.
- L'émotion/relation qui a acquis 1,7 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 2,1 points.
- La temporalité qui s'est peu améliorée ni à 6 mois 0,3 et à 0 à 12 mois.
- L'agressivité n'a pas d'items relatifs au développement.

Au niveau de la pathologie, comment régresse t-elle ?

- C'est la pathologie de l'image du corps qui régresse de la façon la plus importante à 6 mois (-3,7 points) pour atteindre -4,9 à un an.
- L'émotion/relation montre un score de régression de pathologie à 6 mois de -1,6 pour atteindre -2 à 12 mois.
- L'exploration montre un score de régression de la pathologie à 6 mois de -1,5 et ne s'améliore que peu ensuite avec un score à -1,7.
- Les autres dimensions s'améliorent, la pathologie régresse mais très lentement (les scores à 6 mois et à un an sont sous la barre des 0)

Au niveau du développement, le groupe des enfants plus âgés montre dans l'ordre des améliorations les plus importantes :

- C'est l'image du corps qui est la dimension qui a le score le plus élevé du développement avec une amélioration à 6 mois de 2,8 et à un an de 3,8 points.
- Le langage vient ensuite. Il s'améliore à 6 mois de 1,9 et de 2,8 à 12 mois.
- Le regard s'améliore à 6 mois de 1,2 points, puis fait un bon à 12 mois à 2,5.
- Le graphisme, qui a une amélioration de 0,8 à 6 mois, parvient à 2,5 points à un an.
- La temporalité s'améliore à 6 mois de 1,2 points, mais qui stagne à 12 mois.

Les autres dimensions (émotion/relation, exploration, temporalité) sont autour 0 au niveau de l'amélioration de développement à 6 mois et de 0-1 à 12 mois

Au niveau de la pathologie comment régresse t-elle dans le groupe d'enfants le plus âgé ? Ce sont surtout les deux dimensions suivantes qui sont significatives.

- La pathologie relative à l'image du corps régresse à 6 mois de -2,7 et de -3,7 à un an.
- La pathologie liée à l'émotion/relation régresse à 6 mois de -2,2 points sans bouger beaucoup ensuite avec un score de -2,3 à un an.

En résumé,

Dans le groupe des plus jeunes, ce sont le langage, l'image du corps, l'exploration et le graphisme qui ont les évolutions les plus significatives. Dans le groupe des enfants les plus âgés, ce sont l'image du corps, le langage, le regard et le graphisme qui évoluent favorablement le plus.

Indicateurs dans le processus

Signalons pour commencer que l'instrument du processus de psychothérapie le CPQ est un instrument à tri forcé qui impose une classification des items selon qu'ils sont les plus caractéristiques d'une séance donnée par rapport à tous les autres. Ceci est d'une grande importance à comprendre pour lire les données issues de cet instrument. En effet, une baisse dans un facteur donné par exemple de 0 et 6 mois, ne veut pas dire que ce facteur n'est plus pertinent mais qu'un autre est devenu plus caractéristique que lui dans la séance observée. Par exemple, dans le groupe d'enfants de 3 à 6 ans, l'engagement du thérapeute à 6 mois montre une diminution par rapport à la cotation à 2 mois de -0,3, puis à celle de 12 mois à -3,5 point. Cela ne signifie pas que le thérapeute a moins d'engagement (d'ailleurs les scores sont très hauts aux trois cotations) mais qu'un ou plusieurs autres facteurs sont devenus plus

caractéristiques au cours du processus.

Un résultat très significatif chez le groupe des 3-6ans est *la relation à la réalité externe* qui part d'un score de **3,4** avec un indice de dispersion (sd 19,4) assez important. À 6 mois, le score acquiert 6,9 point, l'indice de dispersion restant identique, et à 12 mois le score est **12,9** avec un indice de dispersion qui se réduit (sd à 14,6).

Dans le groupe des enfants plus âgés, cet indicateur est beaucoup plus haut au départ (**12,3**) et il continue sa progression pour atteindre **15,9** à 12 mois.

Concernant les actions spécifiques du thérapeute comme "*interprétation/signification*" et "*conseil et comportement*" ainsi que *les approches générales PPD ou TCC*, nous observons un mouvement intéressant. D'un point de vue général, l'indice de dispersion est assez haut, ce qui signifie que l'analyse des cas individuels va montrer des différences notables qui devraient s'organiser autour de sous-groupes.

L'action *interprétation/signification*, pour le groupe des 3-6 ans, part en négatif avec un score de **-2,8**, puis le score à 6 mois devient positif mais très faible puisqu'il est à 1, et atteint **4,8** à un an. Une action qui se met en place très doucement.

Si l'on observe le groupe des enfants de 7-15 ans, le score reste assez stable tout au long de l'année **entre 13 et 15**. Une action qui est déjà en place et qui se maintient comme outil de travail du clinicien.

Le *conseil et comportement* est négatif pour les deux groupes, sauf à 6 mois pour le groupe des plus jeunes où il y a un faible positif (2,2). Mais ce négatif n'est pas similaire dans les deux groupes. Il est beaucoup plus négatif dans le processus des enfants les plus âgés.

Concernant les approches générales du thérapeute, elles sont clairement dans les deux groupes plutôt psychodynamiques.

Les scores *d'approche psychodynamique* se révèlent élevés (40 pour les plus jeunes, 45 pour les plus âgés) et s'élèvent de 5 points durant l'année.

Les scores *d'approche cognitivo-comportementale* sont positifs dans le groupe des enfants jeunes avec des scores évoluant de 7,8 à baseline à 12,1 à 6 mois, et se réduisant à 4 à 12 mois. Dans le groupe des enfants les plus âgés, les scores restent dans le négatif en se renforçant de -1,5 initialement à -9,5 à 12 mois.

Au niveau des indicateurs de changement, *l'insight* reste négatif dans les deux groupes mais avec un fort indice de dispersion qui devrait permettre de distinguer des enfants non dénués d'insight.

En résumé,

Le CPQ montre une amélioration très sensible de la relation au monde et aux autres («réalité externe») des enfants de 3 à 6 ans (3,4 à 12,9). Chez les enfants de 7 à 12 ans, le score de relation progresse de 12,3 à 15,9.

L'action Interprétation/Signification initialement négative dans le groupe des 3-6 ans devient positive à 12 mois (4.8), ce qui peut montrer que des possibilités se sont ouvertes à ce niveau, en relation avec l'évolution de l'enfant. Ce point est à approfondir.

Les scores d'approche cognitivo-comportementale sont très intéressants. Ils montrent des scores positifs dans le groupe de 3-6 ans, qui certes sont liés au fait que les 5 enfants en TED et l'enfant en thérapie par le jeu font partie de ce groupe, mais également que 4 enfants en PPD ont aussi un score d'approche CC positif.

15. Récapitulatif Tableau descriptif des données

Donnees50casAut3.xlsx

Tableau descriptif données

13/01/13

1. tableau descriptif des données

	Baseline : Groupes ≤ 6 ans et > 6 ans				6 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans				12 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans				p						
	Mean	SD	N	N	Mean	SD	N	N	Mean	SD	N	N							
Âge entrée dans l'étude	5	1	26	24	24	11	14	22,5	12,3	12,5	13,2	20	10,9	18	18,4	11,4	16,6	<0,0001	
ECAR																			
Ecar Global	38	14,2	26	35	11,1	24	<0,0001												
Def. Relationnelle	46	21,6	26	39,5	16,7	24		27	13,7	19	26,3	17,5	23	15,7	23	22,1	16,4	17,4	
Insuffisance modulaire	38	17,5	26	35,4	15,8	24		23	18,6	15	24	16	11,4	20	12,9	18	20,1	16,7	15,3
EFCA																			
Emot/Relation (Patho)	5,8	3,5	26	6,1	3,6	24		4,2	2,5	-1,6	3,9	2,4	-2,2	3,8	2,9	-2	3,8	2,6	-2,3
Emot/Relation (Dev)	6	3,5	26	7,8	2,6	24		7,7	2,9	1,7	8,4	2,7	0,6	8,1	3,3	2,1	8,8	2,7	1
Regard (Patho)	2,7	2,1	26	2,3	2,1	24		2,7	1,8	0	1,3	1,3	-1	2,6	2,1	-0,1	1,3	1,4	-1
Regard (Dev)	4	2,6	26	5,3	2,9	24		5,8	3,1	1,8	6,5	3,3	1,2	7	3,7	3	7,8	3,5	2,5
Image du corps (Patho)	9,2	6,9	26	8	6	24		5,5	4,2	-3,7	5,3	4,1	-2,7	4,3	4,8	-4,9	4,3	3,9	-3,7
Image du corps (Dev.)	7,8	5,3	26	11,2	3,7	24		10	5,7	2,2	14	3,2	2,8	11,7	5,8	3,9	15	2,9	3,8
Langage (Patho)	2,5	2,8	26	3,8	2,2	24		2,3	2	-0,2	2,6	1,5	-1,2	2	2,1	-0,5	2,5	1,6	-1,3
Langage (dev.)	5,8	5	26	11	4	24		9,5	6,2	3,7	12,9	4,7	1,9	10,7	6	4,9	13,8	4,2	2,8
graphisme (Patho)	1	1,4	26	0,8	1,3	24		0,7	1,2	-0,3	0,5	0,8	-0,3	0,7	1,3	-0,3	0,6	0,9	-0,2
graphisme (Dev)	7,4	8	26	13,1	8,2	24		9,8	9,2	2,4	13,9	8,6	0,8	11,1	9,2	3,7	15,6	8	2,5
Exploration (Patho)	4,2	3,2	26	3,5	2,8	24		2,7	3,1	-1,5	2	2,1	-1,5	2,5	2	-1,7	1,8	2,2	-1,7
Exploration (Dev.)	4,8	4,4	26	7,1	5	24		7,9	5,3	3,1	7,3	5,4	0,2	8,7	5,6	3,9	7,3	5,6	0
Temporalité (Patho)	1,7	2	26	1,5	1,4	24		1,3	1,9	-0,4	0,8	0,9	-0,7	0,8	1,2	-0,9	0,9	1,2	-0,6
Temporalité (dev.)	3,1	2,8	26	4,6	2,3	24		3,4	2,7	0,3	5,8	2,7	1,2	4	3	0	5,6	3	1
Agressivité (Patho)	0,9	1,4	26	1,4	2	24		0,7	1,4	-0,2	1	1,4	-0,4	0,7	1,1	-0,2	1	1,4	-0,7
CPQ - cadre T (Alliance)																			
Engagement Patient	10,2	20	26	11,7	20,3	24		13,7	21	3,5	17,7	18,1	6	13,5	26,4	3,3	16,9	18,1	5,2
Participation Patient	-1,2	22,6	26	1	28,3	24		2,7	21	3,9	5,8	26,2	4,8	5	16,6	6,2	4,4	22,9	3,4
Engagement Thérapeute	51,6	18,5	26	38,2	24,4	24		51,3	19,8	-0,3	43,8	18,3	5,6	48,1	22	-3,5	40,6	16,8	2,4
Ajustement Thérapeute	30,4	22,4	26	26,9	18	24		31,9	23,9	1,5	17,3	16,5	-9,6	31,9	22	1,5	18,5	21	-8,4
Interaction P-T (transfert patient)	37,9	12,6	26	42,7	8,14	24		42,5	10,8	4,6	39,8	10,3	-2,9	38,6	10,3	0,7	42,6	10,7	-0,1
Interaction P-T (thème)	19	12	26	1,8	13,5	24		1,2	19,3	-17,8	8,8	14,8	7	2,5	17,8	-16,5	7,4	14,7	5,6
CPQ - Actions Thérapeute																			
CVL	13,2	12,4	26	15,2	15,7	24		13	16,1	-0,2	23,4	14,1	8,2	16,5	16,3	3,3	21,1	17,6	5,9
ECA	14,6	24,7	26	14,1	21,6	24		16,5	17,3	1,9	24,5	17,3	10,4	18,3	21,7	3,7	21,4	17	7,3
Interprétation/Signification	-2,8	19,4	26	15,2	15,8	24		1	21,9	3,8	13,6	16	-1,6	4,8	20,9	7,6	14,3	13,9	-0,9
Conseil et comportement	-4,4	19,7	26	-3	14,7	24		2,2	21,7	6,6	-11,6	15,3	-8,6	-6,5	20	-2,1	-12,5	15,5	-9,5
CPQ - Approche Générale T																			
PPD	40,3	27,9	26	44,4	18,1	24		34,8	30,1	-5,5	51,8	17,1	7,4	44,8	23,9	4,5	49,6	19,6	5,2
TCC	7,8	28,4	26	-1,5	19,1	24		12,1	26,7	4,3	-7,6	20,7	-6,1	4	27,2	-3,8	-9,5	17,1	-8
CPQ Indicateurs de changement																			
Insight	-17,1	29,1	26	-13,3	26,4	24		-8,7	29,6	8,4	-14,8	29,5	-1,5	-9,8	34,6	7,3	-4,2	27,4	9,1
Emotion-Affect	15,5	12,3	26	10,4	13,2	24		21,6	14,9	6,1	10,4	13,2	0	21,6	12,5	6,1	13,9	13	3,5
Réalité externe	3,4	19,4	26	12,3	19,8	24		10,3	19,5	6,9	14,4	13,8	2,1	16,3	14,6	12,9	15,9	13,1	3,6

Δ * Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapies:Reseau-AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

16. Quantiles % Δ EG 50 patients

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Quantiles Δ EG

1

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 01/01/2013 à 10:19:13

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ EG % / Plage = 'Δ EG %'!\$G\$1:\$G\$51 / 50 lignes et 1 colonne

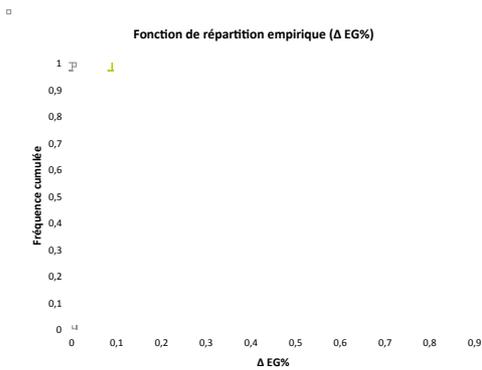
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ EG%	50	0	50	0,080	0,867	0,503	0,191

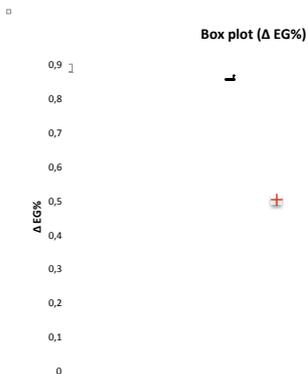
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	0,867
99%	0,862
95%	0,831
90%	0,714
3ème Quartile :	0,611
Médiane 50%	0,500
1er Quartile 25%	0,360
10%	0,235
5%	0,140
1%	0,103
Minimum 0%	0,080

Fonction de répartition empirique :



Box plots :



01/01/13 Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

17. Quantiles % Δ Apt 50 patients

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 31/12/2012 à 07:21:44

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$G\$1:\$G\$51 / 50 lignes et 1 colonne

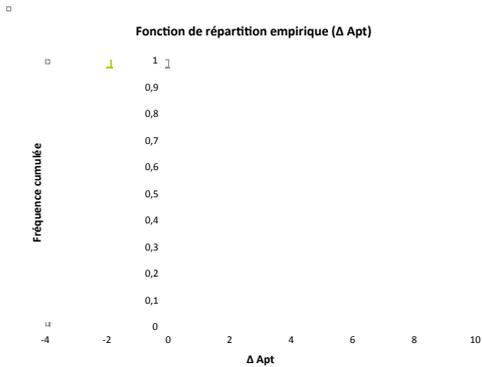
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	50	0	50	-2,000	9,000	3,940	2,729

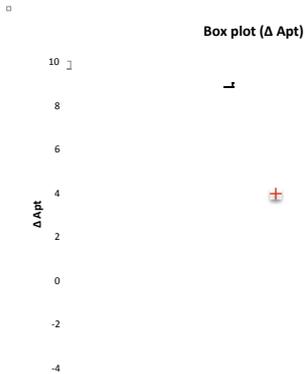
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	9,000
95%	8,500
90%	8,000
3ème Quartile :	6,000
Médiane 50%	4,000
1er Quartile 25%	1,000
10%	1,000
5%	0,000
1%	-1,500
Minimum 0%	-2,000

Fonction de répartition empirique :



Box plots :



18. variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice)

CP	âge	EG00	EG12	Δ EG	TE EG	DR00	DR12	Δ DR	TE DR	IM00	IM12	Δ IM	TE IM
X003	5	15,5	6,9	8,6	1,1	13,5	5,8	7,7	0,6	25,0	25,0	0,0	0,0
X005	14	18,1	6,0	12,1	1,5	15,4	3,8	11,5	1,0	25,0	8,3	16,7	1,2
X007	4	48,3	21,6	26,7	3,3	57,7	19,2	38,5	3,2	33,3	33,3	0,0	0,0
X030	6	60,3	39,7	20,7	2,5	86,5	53,8	32,7	2,7	66,7	25,0	41,7	3,0
Xi03	11	26,7	13,8	12,9	1,6	32,7	13,5	19,2	1,6	33,3	16,7	16,7	1,2
Xi26	5	12,9	1,7	11,2	1,4	9,6	0,0	9,6	0,8	33,3	8,3	25,0	1,8
Xi32	7	37,9	23,3	14,7	1,8	42,3	25,0	17,3	1,4	50,0	41,7	8,3	0,6
Y001	5	51,7	7,8	44,0	5,4	50,0	0,0	50,0	4,1	66,7	25,0	41,7	3,0
Y003	6	56,0	41,4	14,7	1,8	75,0	50,0	25,0	2,1	25,0	25,0	0,0	0,0
Y009	12	46,6	19,8	26,7	3,3	63,5	28,8	34,6	2,9	33,3	8,3	25,0	1,8
Y010	4	40,5	26,7	13,8	1,7	42,3	23,1	19,2	1,6	41,7	33,3	8,3	0,6
Y011	11	26,7	13,8	12,9	1,6	30,8	19,2	11,5	1,0	8,3	0,0	8,3	0,6
Y012	9	45,7	23,3	22,4	2,7	42,3	23,1	19,2	1,6	58,3	33,3	25,0	1,8
Y013	8	47,4	32,8	14,7	1,8	57,7	40,4	17,3	1,4	25,0	33,3	-8,3	-0,6
Y014	5	34,5	17,2	17,2	2,1	36,5	19,2	17,3	1,4	33,3	16,7	16,7	1,2
Y015	12	38,8	11,2	27,6	3,4	42,3	11,5	30,8	2,5	33,3	8,3	25,0	1,8
Y017	7	57,8	45,7	12,1	1,5	80,8	69,2	11,5	1,0	33,3	25,0	8,3	0,6
Y018	5	45,7	8,6	37,1	4,5	65,4	9,6	55,8	4,6	50,0	0,0	50,0	3,7
Y019	3	38,8	32,8	6,0	0,7	57,7	38,5	19,2	1,6	33,3	25,0	8,3	0,6
Y020	11	48,3	42,2	6,0	0,7	42,3	48,1	-5,8	-0,5	75,0	75,0	0,0	0,0
Y021	5	37,1	16,4	20,7	2,5	40,4	21,2	19,2	1,6	50,0	25,0	25,0	1,8
Y022	10	38,8	13,8	25,0	3,0	44,2	17,3	26,9	2,2	58,3	16,7	41,7	3,0
Y027	6	21,6	19,8	1,7	0,2	30,8	25,0	5,8	0,5	8,3	33,3	-25,0	-1,8
Y030	4	54,3	15,5	38,8	4,7	69,2	25,0	44,2	3,7	8,3	0,0	8,3	0,6
Y031	6	31,0	18,1	12,9	1,6	36,5	21,2	15,4	1,3	50,0	8,3	41,7	3,0
Y032	4	44,0	33,6	10,3	1,3	69,2	61,5	7,7	0,6	33,3	16,7	16,7	1,2
Y033	4	40,5	20,7	19,8	2,4	53,8	26,9	26,9	2,2	25,0	16,7	8,3	0,6
Y034	5	44,0	21,6	22,4	2,7	50,0	25,0	25,0	2,1	8,3	8,3	0,0	0,0
Y036	5	41,4	23,3	18,1	2,2	67,3	30,8	36,5	3,0	25,0	8,3	16,7	1,2
Y037	5	33,6	14,7	19,0	2,3	28,8	13,5	15,4	1,3	41,7	25,0	16,7	1,2
Y041	8	47,4	31,9	15,5	1,9	57,7	38,5	19,2	1,6	25,0	16,7	8,3	0,6
Y044	7	46,6	27,6	19,0	2,3	65,4	46,2	19,2	1,6	41,7	25,0	16,7	1,2
Yi05	11	24,1	6,9	17,2	2,1	15,4	13,5	1,9	0,2	25,0	0,0	25,0	1,8
Yi06	6	18,1	5,2	12,9	1,6	17,3	7,7	9,6	0,8	25,0	0,0	25,0	1,8
Yi07	4	25,0	12,1	12,9	1,6	30,8	17,3	13,5	1,1	25,0	8,3	16,7	1,2
Yi10	10	33,6	13,8	19,8	2,4	34,6	5,8	28,8	2,4	33,3	25,0	8,3	0,6
Yi11	10	19,8	5,2	14,7	1,8	23,1	3,8	19,2	1,6	33,3	8,3	25,0	1,8
Yi13	6	47,4	31,0	16,4	2,0	55,8	32,7	23,1	1,9	58,3	41,7	16,7	1,2
Yi14	13	18,1	2,6	15,5	1,9	17,3	1,9	15,4	1,3	8,3	8,3	0,0	0,0
Yi15	8	31,9	12,1	19,8	2,4	40,4	9,6	30,8	2,5	33,3	16,7	16,7	1,2

Yi16	8	33,6	13,8	19,8	2,4	42,3	21,2	21,2	1,7	16,7	0,0	16,7	1,2
Yi17	14	21,6	8,6	12,9	1,6	17,3	7,7	9,6	0,8	41,7	16,7	25,0	1,8
Yi19	7	12,1	3,4	8,6	1,1	11,5	5,8	5,8	0,5	33,3	8,3	25,0	1,8
Yi20	3	62,1	29,3	32,8	4,0	75,0	38,5	36,5	3,0	58,3	41,7	16,7	1,2
Yi22	6	39,7	28,4	11,2	1,4	28,8	21,2	7,7	0,6	66,7	41,7	25,0	1,8
Yi23	15	41,4	25,9	15,5	1,9	42,3	26,9	15,4	1,3	50,0	33,3	16,7	1,2
Yi24	14	34,5	21,6	12,9	1,6	38,5	23,1	15,4	1,3	50,0	33,3	16,7	1,2
Yi25	6	28,4	14,7	13,8	1,7	28,8	11,5	17,3	1,4	50,0	25,0	25,0	1,8
Yi28	9	25,0	11,2	13,8	1,7	28,8	17,3	11,5	1,0	25,0	8,3	16,7	1,2
Yi30	13	29,3	15,5	13,8	1,7	30,8	15,4	15,4	1,3	33,3	25,0	8,3	0,6
Moy	7,6	36,5	19,1	17,4	2,1	42,7	22,7	20,0	1,7	36,5	20,2	16,3	1,2
sd	3,337	12,8	11,0	8,2	1	19,5	15,9	12,1	1	16,6	14,7	13,7	1

19. variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement)

CP	P00	P02	P06	P12	Var P	TE P	D 00	D 02	D 06	D 12	Var D	TE D
X003	12,2	19,0	10,2	7,5	4,8	0,6	55,3	58,9	70,2	78,7	23,4	2,3
X005	12,2	7,5	8,2	4,1	8,2	1,1	60,3	63,8	64,5	60,3	0,0	0,0
X007	39,5	21,8	18,4	17,0	22,4	2,9	31,9	43,3	53,2	66,0	34,0	3,3
X030	33,3	28,6	23,1	29,9	3,4	0,4	22,7	16,3	31,9	30,5	7,8	0,8
Xi03	16,3	11,6	9,5	5,4	10,9	1,4	27,0	31,2	36,2	43,3	16,3	1,6
Xi26	3,4	2,7	2,0	2,0	1,4	0,2	56,7	61,7	61,0	62,4	5,7	0,5
Xi32	32,0	27,9	24,5	20,4	11,6	1,5	41,8	51,1	57,4	70,2	28,4	2,7
Y001	21,1	10,9	12,9	6,1	15,0	1,9	39,7	38,3	50,4	61,7	22,0	2,1
Y003	27,2	30,6	29,3	29,3	-2,0	-0,3	17,0	23,4	21,3	34,8	17,7	1,7
Y009	21,8	9,5	6,8	7,5	14,3	1,9	36,9	46,1	44,7	53,2	16,3	1,6
Y010	28,6	23,1	16,3	13,6	15,0	1,9	22,7	29,1	44,0	53,9	31,2	3,0
Y011	21,1	19,7	11,6	8,8	12,2	1,6	56,0	58,2	62,4	68,8	12,8	1,2
Y012	27,2	23,8	18,4	19,0	8,2	1,1	51,8	31,9	42,6	55,3	3,5	0,3
Y013	25,9	25,2	23,8	25,2	0,7	0,1	22,0	20,6	26,2	35,5	13,5	1,3
Y014	3,4	2,7	2,7	4,1	-0,7	-0,1	18,4	25,5	32,6	23,4	5,0	0,5
Y015	22,4	13,6	19,7	9,5	12,9	1,7	63,8	60,3	58,9	66,7	2,8	0,3
Y017	27,9	15,0	17,0	17,7	10,2	1,3	14,9	14,2	17,0	21,3	6,4	0,6
Y018	10,9	15,0	12,2	10,2	0,7	0,1	29,8	37,6	70,2	66,7	36,9	3,6
Y019	13,6	11,6	7,5	8,8	4,8	0,6	3,5	4,3	6,4	13,5	9,9	1,0
Y020	21,1	6,1	8,2	13,6	7,5	1,0	35,5	37,6	26,2	24,8	-10,6	-1,0
Y021	10,2	6,1	7,5	9,5	0,7	0,1	22,7	28,4	31,2	38,3	15,6	1,5
Y022	34,0	25,9	13,6	6,1	27,9	3,6	54,6	66,0	69,5	73,8	19,1	1,9
Y027	13,6	15,0	12,2	16,3	-2,7	-0,4	34,0	32,6	34,8	36,9	2,8	0,3
Y030	25,2	12,9	13,6	8,2	17,0	2,2	12,1	15,6	22,7	40,4	28,4	2,7
Y031	21,1	31,3	25,9	19,0	2,0	0,3	23,4	5,0	14,9	24,8	1,4	0,1
Y032	23,1	19,0	25,9	18,4	4,8	0,6	20,6	24,8	17,0	21,3	0,7	0,1
Y033	25,9	12,2	23,1	10,2	15,6	2,0	9,2	24,8	23,4	24,8	15,6	1,5
Y034	29,3	24,5	19,0	24,5	4,8	0,6	14,9	17,7	20,6	51,8	36,9	3,6
Y036	21,1	14,3	11,6	9,5	11,6	1,5	15,6	24,8	26,2	38,3	22,7	2,2
Y037	22,4	11,6	8,2	10,9	11,6	1,5	54,6	62,4	63,8	69,5	14,9	1,4
Y041	36,7	27,2	22,4	17,7	19,0	2,5	51,1	60,3	60,3	62,4	11,3	1,1
Y044	12,9	14,3	9,5	12,2	0,7	0,1	21,3	27,0	23,4	37,6	16,3	1,6
Yi05	12,2	12,9	12,2	23,1	-10,9	-1,4	34,8	43,3	51,8	36,2	1,4	0,1
Yi06	11,6	9,5	7,5	4,8	6,8	0,9	36,2	40,4	44,7	52,5	16,3	1,6
Yi07	19,0	18,4	14,3	11,6	7,5	1,0	43,3	39,7	51,8	59,6	16,3	1,6
Yi10	42,9	42,2	12,9	16,3	26,5	3,5	59,6	68,1	70,9	76,6	17,0	1,6
Yi11	6,8	8,8	6,1	4,1	2,7	0,4	46,1	63,1	60,3	63,8	17,7	1,7
Yi13	19,0	14,3	12,9	7,5	11,6	1,5	20,6	30,5	35,5	41,1	20,6	2,0

Yi14	8,2	4,8	8,2	1,4	6,8	0,9	41,8	58,2	60,3	63,1	21,3	2,1
Yi15	8,8	8,8	4,8	4,1	4,8	0,6	48,2	48,2	48,2	53,2	5,0	0,5
Yi16	10,2	6,8	5,4	6,1	4,1	0,5	24,1	29,1	30,5	33,3	9,2	0,9
Yi17	6,1	7,5	4,8	5,4	0,7	0,1	51,8	52,5	56,7	56,7	5,0	0,5
Yi19	4,1	2,7	2,0	0,7	3,4	0,4	36,2	43,3	44,0	46,1	9,9	1,0
Yi20	19,0	18,4	12,2	11,6	7,5	1,0	5,0	12,8	17,7	29,8	24,8	2,4
Yi22	23,1	17,7	14,3	12,9	10,2	1,3	39,0	41,1	42,6	53,9	14,9	1,4
Yi23	12,9	12,9	10,2	8,8	4,1	0,5	34,0	36,2	39,0	42,6	8,5	0,8
Yi24	10,2	10,2	9,5	9,5	0,7	0,1	37,6	39,0	37,6	41,1	3,5	0,3
Yi25	12,9	17,7	10,9	5,4	7,5	1,0	8,5	17,0	31,2	12,1	3,5	0,3
Yi28	8,2	6,1	5,4	5,4	2,7	0,4	50,4	49,6	61,7	56,7	6,4	0,6
Yi30	8,8	10,9	9,5	10,9	-2,0	-0,3	58,2	61,0	62,4	61,0	2,8	0,3
Moy	18,8	15,4	12,8	11,4	7,4	1,0	34,3	38,3	42,6	47,8	13,5	1,3
sd	9,8	8,5	6,8	7,1	7,5	1,0	16,5	17,3	17,6	17,4	10,3	1,0

20. variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA)

CP	âge	INS02	INS06	INS12	INS V	TE INS	EAD02	EAD06	EAD12	EAD V	TE EAD	RMA02	RMA06	RMA12	RMA V	TE RMA
X003	5	-35	5	5	40	1,4	0	-8,3	27,8	27,8	2,2	6,3	4,2	37,5	31,3	1,6
X005	14	15	25	10	-5	-0,2	36,1	22,2	13,9	-22,2	-1,7	20,8	25	20,8	0	0
X007	4	-35	-15	-5	30	1,1	5,6	27,8	8,3	2,8	0,2	4,2	29,2	20,8	16,7	0,8
X030	6	-45	-30	-55	-10	-0,4	11,1	44,4	19,4	8,3	0,6	-10,4	-6,3	6,3	16,7	0,8
Xi03	11	-10	-20	5	15	0,5	30,6	16,7	27,8	-2,8	-0,2	20,8	8,3	33,3	12,5	0,6
Xi26	4	55	65	50	-5	-0,2	27,8	30,6	36,1	8,3	0,6	0	31,3	33,3	33,3	1,7
Xi32	7	10	-20	-40	-50	-1,8	13,9	16,7	0	-13,9	-1,1	2,1	25	6,3	4,2	0,2
Y001	5	10	25	25	15	0,5	36,1	33,3	36,1	0	0	29,2	47,9	37,5	8,3	0,4
Y003	6	0	-25	15	15	0,5	27,8	19,4	2,8	-25	-1,9	12,5	6,3	18,8	6,3	0,3
Y009	12	-5	5	-40	-35	-1,3	19,4	27,8	13,9	-5,6	-0,4	8,3	29,2	18,8	10,4	0,5
Y010	4	-15	-25	-25	-10	-0,4	2,8	22,2	8,3	5,6	0,4	6,3	20,8	16,7	10,4	0,5
Y011	11	-35	0	-35	0	0	-11,1	16,7	0	11,1	0,9	6,3	18,8	12,5	6,3	0,3
Y012	9	-25	-15	20	45	1,6	-11,1	19,4	0	11,1	0,9	10,4	14,6	47,9	37,5	1,9
Y013	8	-15	-40	-20	-5	-0,2	13,9	30,6	13,9	0	0	10,4	-6,3	6,3	-4,2	-0,2
Y014	5	0	15	-10	-10	-0,4	25	25	22,2	-2,8	-0,2	35,4	22,9	12,5	-22,9	-1,2
Y015	12	-5	0	25	30	1,1	2,8	19,4	2,8	0	0	-2,1	16,7	18,8	20,8	1
Y017	7	-55	-70	-45	10	0,4	-2,8	0	-5,6	-2,8	-0,2	-8,3	6,3	0	8,3	0,4
Y018	5	5	-35	-10	-15	-0,5	5,6	13,9	27,8	22,2	1,7	0	-14,6	-6,3	-6,3	-0,3
Y019	3	-30	-30	-30	0	0	16,7	22,2	22,2	5,6	0,4	-14,6	6,3	16,7	31,3	1,6
Y020	11	-5	-40	-45	-40	-1,4	13,9	11,1	25	11,1	0,9	8,3	25	8,3	0	0
Y021	5	-40	-30	-45	-5	-0,2	36,1	25	13,9	-22,2	-1,7	14,6	14,6	18,8	4,2	0,2
Y022	10	-5	0	35	40	1,4	16,7	2,8	13,9	-2,8	-0,2	10,4	14,6	12,5	2,1	0,1
Y027	6	-25	-25	-40	-15	-0,5	19,4	36,1	25	5,6	0,4	-20,8	20,8	20,8	41,7	2,1
Y030	4	-40	-15	-20	20	0,7	8,3	5,6	36,1	27,8	2,2	-6,3	-10,4	14,6	20,8	1
Y031	6	-15	-10	-15	0	0	-2,8	30,6	16,7	19,4	1,5	16,7	6,3	31,3	14,6	0,7
Y032	4	-30	-30	-40	-10	-0,4	16,7	30,6	0	-16,7	-1,3	4,2	-16,7	10,4	6,3	0,3
Y033	4	-30	25	-5	25	0,9	0	22,2	8,3	8,3	0,6	27,1	12,5	10,4	-16,7	-0,8
Y034	5	-25	-25	-40	-15	-0,5	8,3	0	8,3	0	0	-14,6	-8,3	-10,4	4,2	0,2
Y036	5	-55	-15	-55	0	0	33,3	16,7	33,3	0	0	20,8	6,3	8,3	-12,5	-0,6
Y037	5	25	5	-25	-50	-1,8	5,6	41,7	27,8	22,2	1,7	10,4	33,3	20,8	10,4	0,5
Y041	8	-75	-75	-40	35	1,3	8,3	-8,3	11,1	2,8	0,2	-27,1	-22,9	-6,3	20,8	1
Y044	7	-65	-50	-10	55	2	0	30,6	13,9	13,9	1,1	-14,6	8,3	8,3	22,9	1,2
Yi05	11	35	30	25	-10	-0,4	13,9	19,4	22,2	8,3	0,6	45,8	29,2	33,3	-12,5	-0,6
Yi06	6	-15	30	55	70	2,5	25	22,2	27,8	2,8	0,2	12,5	35,4	27,1	14,6	0,7
Yi07	4	-55	-30	0	55	2	2,8	-16,7	13,9	11,1	0,9	-22,9	-16,7	-2,1	20,8	1
Yi10	10	-5	20	-25	-20	-0,7	11,1	19,4	19,4	8,3	0,6	-6,3	6,3	8,3	14,6	0,7
Yi11	10	-20	-25	-20	0	0	19,4	2,8	2,8	-16,7	-1,3	31,3	8,3	6,3	-25	-1,3
Yi13	6	-55	-75	-65	-10	-0,4	19,4	0	0	-19,4	-1,5	-33,3	-27,1	-18,8	14,6	0,7
Yi14	13	5	-15	15	10	0,4	0	16,7	0	0	0	-14,6	18,8	2,1	16,7	0,8

Yi15	8	5	-15	10	5	0,2	13,9	22,2	25	11,1	0,9	20,8	2,1	12,5	-8,3	-0,4
Yi16	8	0	-5	-15	-15	-0,5	30,6	27,8	27,8	-2,8	-0,2	37,5	14,6	22,9	-14,6	-0,7
Yi17	14	-45	30	35	80	2,9	0	16,7	30,6	30,6	2,4	47,9	33,3	31,3	-16,7	-0,8
Yi19	7	50	40	55	5	0,2	13,9	27,8	36,1	22,2	1,7	22,9	37,5	31,3	8,3	0,4
Yi20	3	0	5	-5	-5	-0,2	22,2	22,2	25	2,8	0,2	10,4	14,6	10,4	0	0
Yi22	6	-30	-30	-20	10	0,4	33,3	36,1	41,7	8,3	0,6	18,8	20,8	22,9	4,2	0,2
Yi23	15	5	0	25	20	0,7	-5,6	2,8	25	30,6	2,4	-2,1	-8,3	12,5	14,6	0,7
Yi24	14	-30	-30	0	30	1,1	-5,6	-5,6	-11,1	-5,6	-0,4	25	22,9	18,8	-6,3	-0,3
Yi25	6	-15	5	50	65	2,4	2,8	30,6	36,1	33,3	2,6	-41,7	-4,2	35,4	77,1	3,9
Yi28	9	-5	-55	5	10	0,4	16,7	27,8	38,9	22,2	1,7	27,1	25	37,5	10,4	0,5
Yi30	13	10	10	25	15	0,5	25	-2,8	22,2	-2,8	-0,2	37,5	31,3	8,3	-29,2	-1,5
Moy	7,6	-15,3	-11,6	-7,1	8,2	0,3	13,1	18,3	17,9	4,8	0,4	7,7	12,3	16,1	8,5	0,4
sd	3,4	27,6	29,4	31,2	28,6	1,0	12,8	13,8	13,2	14,2	1,1	19,9	16,9	13,7	18,6	0,9

21. Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL

SGV= varECAReg +varEPCAdev ; Δ Apt= gain d'aptitudes à partir de EPCA ; IndSev = Index de sévérité à partir des modérateurs, selon leur versant négatif ; NaPa= nombre d'années antérieures de thérapie à baseline.

	Age	IndS	NaPa	TE_EG	TE_dev	SGV	Acq12	Δ Apt
X003	5	2	2	1,1	2,3	32	14	5
X005	14	3	10	1,5	0,0	12	14	1
X007	4	2	1	3,3	3,3	61	13	9
X030	6	3	0	2,5	0,8	28	3	1
Xi03	11	5	7	1,6	1,6	29	10	4
Xi26	4,5	3	2	1,4	0,6	17	13	1
Xi32	7	3	3	1,8	2,7	43	12	9
Y001	5	2	2	5,4	2,1	66	14	7
Y003	6	4	1	1,8	1,7	32	5	3
Y009	12	3	2	3,3	1,6	43	11	8
Y010	4	9	0	1,7	3,0	45	7	6
Y011	11	5	7	1,6	1,2	26	12	5
Y012	9	3	2	2,7	0,3	26	11	1
Y013	8	3	3	1,8	1,3	28	6	2
Y014	5	4	1	2,1	0,5	22	6	3
Y015	12	5	3	3,4	0,3	30	14	3
Y017	9	0	4	1,5	0,6	18	2	1
Y018	5	5	1	4,5	3,6	74	13	9
Y019	3	3	0	0,7	1,0	16	0	-1
Y020	11	5	0	0,7	-1,0	-5	4	-2
Y021	5	4	0	2,5	1,5	36	8	6
Y022	10	4	5	3,0	1,9	44	14	4
Y027	6	3	1,5	0,2	0,3	5	7	0
Y030	4	3	0	4,7	2,7	67	7	6
Y031	6	5	1	1,6	0,1	14	6	5
Y032	4	4	0	1,3	0,1	11	3	1
Y033	4	2	0	2,4	1,5	35	5	4
Y034	5	4	0	2,7	3,6	59	10	7
Y036	5	0	1	2,2	2,2	41	6	5
Y037	5	1	0	2,3	1,4	34	14	5
Y041	8	3	0	1,9	1,1	27	9	3
Y044	7	1	0	2,3	1,6	35	8	8
Yi05	11	3	7	2,1	0,1	19	13	3
Yi06	6	4	3	1,6	1,6	29	12	6
Yi07	4	1	0	1,6	1,6	29	12	6
Yi10	10	3	6	2,4	1,7	37	14	5

Yi11	10	2	6	1,8	1,7	32	14	5
Yi13	6	2	2	2,0	2,0	37	11	8
Yi14	13	1	10	1,9	2,1	37	14	8
Yi15	8	3	2	2,4	0,5	25	13	3
Yi16	8	2	6	2,4	0,9	29	7	6
Yi17	14	2	10	1,6	0,5	18	14	2
Yi19	6	0	2	1,1	1,0	19	11	3
Yi20	3	3	0	4,0	2,4	58	5	5
Yi22	6	3	0,5	1,4	1,4	26	12	4
Yi23	15	4	4	1,9	0,8	24	8	4
Yi24	14	2	1	1,6	0,3	16	10	3
Yi25	6	3	1	1,7	0,3	17	1	1
Yi28	9	3	4	1,7	0,6	20	10	1
Yi30	13	2	6	1,7	0,3	17	13	1

22. Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients

CP	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
X003	50,0	29,6	-6,7	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
X005	26,7	39,8	20,0	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	80,6	-19,4
X007	18,3	40,7	-33,3	19,0	38,9	11,7	27,8	50,0	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
X030	-1,7	28,7	13,3	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Xi01	25,0	39,8	-1,7	23,5	45,8	38,3	8,3	-1,4	0,0	15,8	-15,0	49,8	-5,6
Xi03	25,0	37,0	13,3	13,6	29,2	28,3	2,1	20,8	22,6	31,7	2,5	54,8	-16,6
Xi26	28,3	33,3	-5,0	29,6	61,1	15,0	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4
Xi32	3,3	51,9	15,0	13,5	38,9	10,0	6,9	16,7	9,5	25,0	-15,8	57,4	-15,5
Y001	30,0	38,9	-1,7	28,0	38,9	36,7	14,6	23,6	13,1	26,7	-25,0	68,5	-22,4
Y003	15,0	36,1	-23,3	28,6	48,6	61,7	12,5	26,4	14,3	17,5	-15,8	49,2	-5,5
Y009	30,0	41,7	-16,7	34,8	61,1	38,3	7,6	30,6	29,8	0,0	-22,5	61,9	-4,4
Y010	25,0	41,7	25,0	21,7	50,0	30,0	8,3	37,5	4,8	10,0	-12,5	65,3	-22,7
Y011	16,7	50,0	20,0	20,8	41,7	36,7	5,6	22,2	11,9	15,8	-20,0	72,0	-31,1
Y012	30,0	29,6	23,3	22,1	55,6	31,7	-6,9	31,9	10,7	23,3	2,5	40,9	3,3
Y013	10,0	39,8	-10,0	11,9	45,8	21,7	15,3	51,4	22,6	12,5	13,3	47,7	-8,6
Y014	20,0	37,0	39,8	19,8	33,3	43,3	12,5	-1,4	29,8	16,7	-1,7	45,3	13,4
Y015	31,7	43,5	8,3	21,7	33,3	28,3	3,5	-5,6	17,9	21,7	-28,3	59,1	-23,4
Y017	1,7	37,0	-11,7	-1,9	19,4	5,0	-12,5	8,3	22,6	43,3	7,5	36,7	-26,1
Y018	-21,7	40,7	20,0	10,5	62,5	26,7	4,9	40,3	-2,4	24,2	4,2	36,2	11,6
Y019	-16,7	42,6	11,7	17,8	69,4	60,0	-5,6	12,5	6,0	-9,2	15,8	9,8	33,1
Y020	-6,7	46,3	-23,3	15,7	63,9	38,3	-5,6	22,2	15,5	7,5	-9,2	53,7	9,8
Y021	11,7	43,5	-20,0	27,4	79,2	51,7	6,3	9,7	16,7	2,5	-8,3	31,8	21,9
Y022	3,3	44,4	5,0	10,6	38,9	0,0	12,5	11,1	-1,2	20,8	-4,2	34,5	-4,1
Y027	25,0	13,3	37,0	16,2	44,4	13,3	-15,3	5,6	14,3	20,8	-6,7	55,0	-14,9
Y030	21,7	31,5	36,7	21,4	47,2	41,7	-10,4	6,9	4,8	-22,5	19,2	9,3	39,9
Y031	-1,7	41,7	-5,0	7,5	30,6	45,0	-29,9	12,5	8,3	-29,2	29,2	-3,6	52,6
Y032	-13,3	37,0	3,3	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5	-3,4	38,9
Y033	-5,0	42,6	0,0	14,8	48,6	31,7	-9,7	-1,4	20,2	-25,8	25,8	0,8	49,4
Y034	-18,3	41,7	6,7	19,4	79,2	53,3	-0,7	18,1	27,4	-4,2	-8,3	56,4	22,8
Y036	25,0	35,2	-18,3	14,8	27,8	25,0	1,4	41,7	4,8	19,2	12,5	38,1	-14,3
Y037	21,7	38,0	-11,7	36,9	93,1	50,0	-3,5	27,8	31,0	-24,2	-4,2	42,7	43,3
Y041	-8,3	38,0	-6,7	12,4	75,0	40,0	2,1	18,1	38,1	0,0	-11,7	34,4	34,9
Y044	3,3	31,5	3,3	14,5	30,6	20,0	3,5	16,7	22,6	3,3	10,0	16,0	20,5
Yi05	40,0	41,7	8,3	31,0	52,8	21,7	9,0	22,2	17,9	3,3	-20,0	46,5	-8,6
Yi06	18,3	44,4	-16,7	29,0	63,9	26,7	19,4	-4,2	13,1	11,7	-16,7	48,9	-3,6
Yi07	0,0	73,1	15,0	4,1	33,3	-18,3	15,3	8,3	3,6	-2,5	2,5	49,4	-17,5
Yi10	13,3	44,4	-8,3	6,8	15,3	16,7	3,5	13,9	29,8	26,7	-18,3	56,8	-24,2
Yi11	21,7	43,5	6,7	26,3	52,8	26,7	5,6	36,1	27,4	-5,0	-20,8	55,8	-9,0
Yi13	21,7	25,9	23,3	12,5	41,7	13,3	-7,6	-11,1	31,0	-22,5	0,8	29,9	11,0
Yi14	21,7	37,0	-46,7	17,1	37,5	25,0	2,8	-11,1	4,8	3,3	-6,7	35,0	3,6
Yi15	18,3	50,0	-5,0	15,8	29,2	8,3	8,3	25,0	21,4	14,2	4,2	48,6	9,7
Yi16	28,3	49,1	0,0	21,9	54,2	5,0	15,3	30,6	22,6	25,8	-0,8	55,6	-17,5
Yi17	20,0	31,5	8,3	11,6	-4,2	-3,3	25,7	2,8	20,2	9,2	0,0	28,3	5,7
Yi19	26,7	43,5	16,7	29,4	59,7	10,0	17,4	54,2	13,1	10,8	-10,0	68,1	-21,6
Yi20	11,7	30,6	31,7	20,5	58,3	28,3	9,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	52,2	6,4
Yi22	36,7	56,5	-1,7	24,9	40,3	45,0	-12,5	2,8	7,1	-9,2	-15,8	40,3	5,4
Yi23	13,3	51,9	15,0	16,1	52,8	6,7	16,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	40,7	-7,6
Yi24	5,0	43,5	-15,0	16,2	37,5	30,0	8,3	19,4	38,1	18,3	-20,8	62,2	-23,7
Yi25	-5,0	47,2	-10,0	14,9	56,9	13,3	0,7	13,9	22,6	22,5	-22,5	56,3	-8,0
Yi28	33,3	36,1	33,3	24,4	36,1	35,0	-20,8	20,8	2,4	9,2	-0,8	44,3	-6,8
Yi30	-11,7	31,5	38,3	17,0	38,9	23,3	11,1	41,7	10,7	-4,2	-12,5	42,8	9,6

23. Données issues des prototypes d'approches psychothérapeutiques

C P	ppd 02	ppd 06	ppd 12	tcc 02	tcc 06	tcc 12	Moy ppd	Moy tcc
X003	82	56	67	-16	3	-40	68	-18
X005	61	94	87	-15	-36	-8	81	-19
X007	84	50	57	-36	-16	-42	64	-31
X030	-35	-2	7	44	52	35	-10	44
Xi03	34	63	67	-1	-25	-24	55	-17
Xi26	69	71	72	2	-9	-16	71	-7
Xi32	78	64	30	-13	-12	-21	57	-16
Y001	70	53	83	-29	-14	-24	69	-22
Y003	43	57	48	-4	-7	-6	49	-6
Y009	57	57	71	0	13	-27	62	-4
Y010	47	88	61	-27	-29	-12	65	-23
Y011	70	66	81	-28	-37	-28	72	-31
Y012	37	41	45	5	6	-1	41	3
Y013	55	46	41	0	-12	-13	48	-9
Y014	42	42	51	21	18	1	45	13
Y015	28	69	80	5	-44	-32	59	-23
Y017	33	50	28	-28	-23	-28	37	-26
Y018	46	33	30	-6	13	27	36	12
Y019	8	-9	30	32	41	26	10	33
Y020	65	35	61	6	23	0	54	10
Y021	28	26	42	23	19	23	32	22
Y022	20	73	10	3	-15	0	34	-4
Y027	55	50	59	-26	-9	-10	55	-15
Y030	10	8	10	28	50	41	9	40
Y031	20	-21	-9	53	58	48	-4	53
Y032	2	-20	8	51	18	48	-3	39
Y033	17	-25	11	54	59	35	1	49
Y034	55	55	58	17	32	19	56	23
Y036	51	34	30	-30	-13	0	38	-14
Y037	17	49	62	43	47	40	43	43
Y041	33	33	37	37	38	30	34	35
Y044	4	23	21	45	-1	17	16	20
Yi05	47	52	41	3	-17	-12	47	-9
Yi06	31	60	55	17	-6	-21	49	-4
Yi07	62	26	60	-21	-7	-25	49	-18
Yi10	65	62	43	-39	-20	-14	57	-24
Yi11	41	57	69	-9	-3	-14	56	-9
Yi13	15	37	38	20	28	-15	30	11
Yi14	34	32	38	5	-8	13	35	4
Yi15	53	51	42	0	10	20	49	10
Yi16	39	66	62	-1	-19	-32	56	-17
Yi17	19	24	42	-10	26	1	28	6
Yi19	66	70	68	-21	-30	-15	68	-22
Yi20	53	51	53	7	9	3	52	6
Yi22	45	33	43	9	9	-2	40	5
Yi23	40	40	42	-1	-3	-18	41	-8
Yi24	64	64	58	-25	-24	-22	62	-24
Yi25	63	33	73	-5	-2	-17	56	-8
Yi28	51	34	48	-2	-13	-5	44	-7
Yi30	35	47	46	26	12	-9	43	10
Moy	42,2	43,0	47,1	3,3	2,7	-2,5	44,1	1,2

24. CAH T02 facteurs préconstruits

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 14:22:43
 Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T02 / Plage = '12 fact T02'!\$C\$1:\$N\$51 / 50 lignes et 12 colonnes
 Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T02 / Plage = '12 fact T02'!\$B\$1:\$B\$51 / 50 lignes et 1 colonne
 Regrouper les lignes
 Dissimilarité : Distance euclidienne
 Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
 Centrer : Oui
 Réduire : Oui
 Troncature : nombre de classes = 3

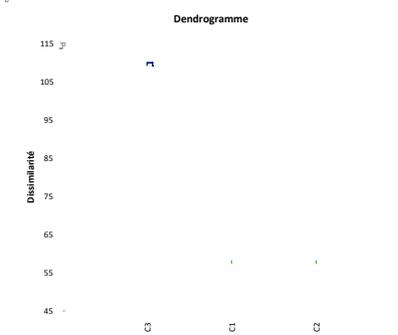
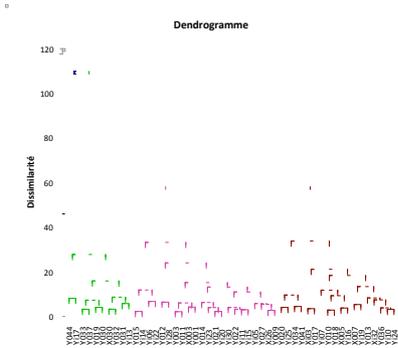
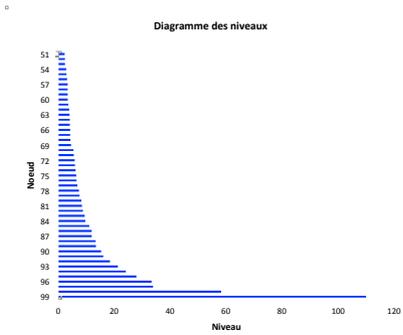
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_02	50	0	50	-38,959	54,156	3,314	24,589
ppd_02	50	0	50	-34,986	84,094	42,234	23,540
EP_02	50	0	50	-30,000	55,000	10,900	19,967
PP_02	50	0	50	-45,000	65,000	-0,100	25,244
TP_02	50	0	50	19,444	75,000	40,222	10,885
ET_02	50	0	50	-29,167	87,500	45,167	22,373
AT_02	50	0	50	-45,000	65,000	28,700	20,274
IT_02	50	0	50	-29,167	25,000	1,875	12,622
ECA_02	50	0	50	-33,333	79,167	14,333	23,025
CVL_02	50	0	50	-10,714	42,857	14,143	13,972
IS_02	50	0	50	-35,000	40,000	5,850	19,805
CC_02	50	0	50	-42,500	35,000	-3,750	17,300

Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	109,819	50	50	95	98
98	58,094	40	40	97	96
97	33,763	18	18	93	84
96	33,171	22	22	87	94
95	27,745	10	10	91	80
94	23,985	18	18	76	90
93	21,107	14	14	61	92
92	18,350	12	12	86	89
91	15,898	8	8	78	82
90	15,161	16	16	74	88
89	13,369	7	7	70	81
88	13,158	12	12	75	85
87	11,833	4	4	52	77
86	11,756	5	5	35	83
85	10,950	8	8	72	65
84	9,567	4	4	69	66
83	9,284	4	4	55	62
82	8,620	4	4	60	73
81	8,283	5	5	14	79
80	8,117	2	2	32	42
79	7,410	4	4	7	63
78	7,269	4	4	67	58
77	6,702	2	2	34	45
76	6,396	2	2	13	49
75	6,237	4	4	15	64
74	6,034	4	4	68	51
73	5,769	2	2	25	38
72	5,758	4	4	71	33
71	5,426	3	3	54	23
70	5,318	2	2	3	43
69	4,442	2	2	28	31
68	4,195	2	2	1	8
67	4,048	2	2	19	24
66	4,037	2	2	20	48
65	4,008	4	4	59	50
64	3,976	3	3	53	46
63	3,821	3	3	29	57
62	3,753	2	2	2	41
61	3,470	2	2	5	17
60	3,239	2	2	4	26
59	3,217	3	3	22	56
58	3,202	2	2	27	30
57	3,170	2	2	36	47
56	2,964	2	2	37	40

55	2,824	2	2	11	18
54	2,696	2	2	6	10
53	2,238	2	2	21	44
52	2,226	2	2	16	39
51	2,126	2	2	9	12



Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3385,846	70,52%
Inter-classes	1415,077	29,48%
Totale	4800,923	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_02	ppd_02	EP_02	PP_02	TP_02	ET_02	AT_02	IT_02	ECA_02	CVL_02	IS_02	CC_02
1	0,467	47,004	23,636	13,636	40,783	45,833	36,818	1,705	7,955	12,500	6,250	-12,500
2	-11,437	55,670	0,833	-13,333	41,667	48,611	16,111	6,829	29,861	19,246	20,000	-4,722
3	36,133	7,552	1,000	-6,500	36,389	37,500	33,500	-6,667	0,417	8,571	-20,500	17,250

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	51,987	74,761
2	51,987	0	91,459
3	74,761	91,459	0

Objets centraux :

Classe	tcc_02	ppd_02	EP_02	PP_02	TP_02	ET_02	AT_02	IT_02	ECA_02	CVL_02	IS_02	CC_02
1 (Yi15)	-0,479	52,826	25,000	-15,000	44,444	37,500	40,000	4,167	8,333	7,143	15,000	12,500
2 (Y010)	-26,865	46,752	0,000	-15,000	52,778	50,000	35,000	6,250	37,500	-3,571	2,500	-7,500
3 (Y030)	28,399	10,222	25,000	-10,000	41,667	50,000	35,000	4,167	4,167	-7,143	-25,000	7,500

Distances entre les objets centraux :

	1 (Yi15)	2 (Y010)	3 (Y030)
1 (Yi15)	0	63,521	72,866
2 (Y010)	63,521	0	85,273
3 (Y030)	72,866	85,273	0

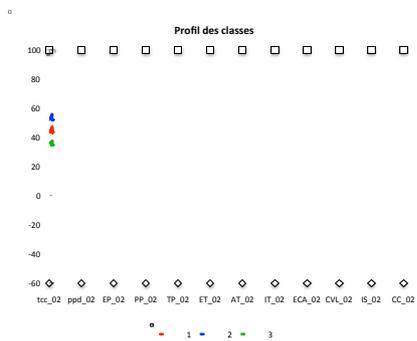
Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	22	18	10
Somme des ç	22	18	10
Variance intr	2919,163	3686,196	3907,445
Distance min	29,461	41,188	36,541
Distance moy	51,754	57,863	56,733
Distance max	72,004	78,617	96,335
	X003	X005	X030
	Xi26	X007	Y019
	Y001	Xi03	Y030
	Y003	Xi32	Y031
	Y009	Y010	Y032
	Y011	Y013	Y033
	Y012	Y017	Y037
	Y014	Y018	Y044
	Y015	Y020	Yi13
	Y021	Y034	Yi17
	Y022	Y036	
	Y027	Y041	
	Yi05	Yi07	
	Yi06	Yi10	
	Yi11	Yi16	
	Yi14	Yi19	
	Yi15	Yi24	
	Yi20	Yi25	
	Yi22		
	Yi23		
	Yi28		
	Yi30		

Résultats par objet :

Observation	Classe T02	Classe T06	Classe T12
X003	1	1	1
X005	2	1	1
X007	2	2	1
X030	3	3	2
Xi03	2	2	1
Xi26	1	1	1
Xi32	2	1	3
Y001	1	2	1
Y003	1	2	1

Y009	1	1	1
Y010	2	2	1
Y011	1	2	1
Y012	1	2	1
Y013	2	2	3
Y014	1	2	3
Y015	1	1	1
Y017	2	2	3
Y018	2	2	2
Y019	3	3	2
Y020	2	3	1
Y021	1	3	2
Y022	1	2	3
Y027	1	1	1
Y030	3	3	2
Y031	3	3	2
Y032	3	3	2
Y033	3	3	2
Y034	2	3	2
Y036	2	2	3
Y037	3	1	2
Y041	2	3	2
Y044	3	1	3
Yi05	1	1	3
Yi06	1	1	3
Yi07	2	2	3
Yi10	2	1	3
Yi11	1	1	1
Yi13	3	2	3
Yi14	1	2	3
Yi15	1	2	3
Yi16	2	1	1
Yi17	3	2	3
Yi19	2	1	1
Yi20	1	1	3
Yi22	1	2	3
Yi23	1	1	3
Yi24	2	1	3
Yi25	2	1	1
Yi28	1	1	1
Yi30	1	1	2



25. CAH T06 facteurs préconstruits

CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

CAH T06 3 CI

11/02/13 - 1

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 18:39:08
 Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille =
 12 fact T06 / Plage = '12 fact T06'!\$C\$1:\$N\$51 / 50 lignes et 12 colonnes
 Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T06 /
 Plage = '12 fact T06'!\$B\$1:\$B\$51 / 50 lignes et 1 colonne
 Regrouper les lignes
 Dissimilarité : Distance euclidienne
 Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
 Centrer : Oui
 Réduire : Oui
 Troncature : nombre de classes = 3

Statistiques descriptives :

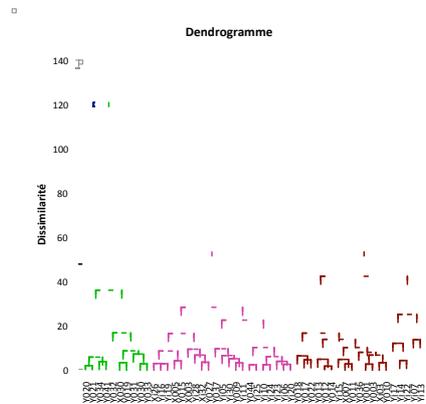
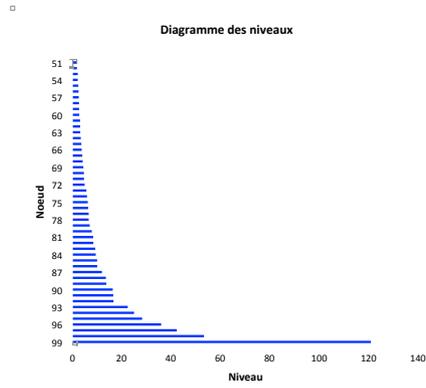
Variable	Observations	données m:	données m:	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_06	50	0	50	-43,730	58,536	2,652	25,767
ppd_06	50	0	50	-25,170	93,967	42,961	25,947
EP_06	50	0	50	-20,000	50,000	15,600	19,578
PP_06	50	0	50	-55,000	60,000	4,200	23,460
TP_06	50	0	50	16,667	77,778	41,222	10,534
ET_06	50	0	50	-4,167	95,833	47,667	19,272
AT_06	50	0	50	-25,000	75,000	24,900	21,794
IT_06	50	0	50	-43,750	37,500	4,833	17,549
ECA_06	50	0	50	-25,000	54,167	20,333	17,570
CVL_06	50	0	50	-17,857	46,429	18,000	15,873
IS_06	50	0	50	-35,000	47,500	7,050	20,119
CC_06	50	0	50	-47,500	50,000	-4,400	19,978

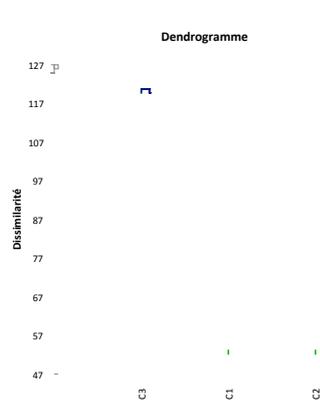
Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	120,756	50	50	96	98
98	53,147	40	40	97	95
97	42,119	19	19	91	94
96	35,816	10	10	92	73
95	28,089	21	21	90	93
94	24,845	5	5	88	87
93	22,272	12	12	86	84
92	16,497	6	6	26	82
91	16,378	14	14	75	89
90	16,228	9	9	81	83
89	13,579	11	11	71	85
88	13,394	2	2	35	38
87	11,787	3	3	42	68
86	9,881	7	7	74	54
85	9,860	8	8	80	70
84	9,319	5	5	30	76
83	9,107	4	4	1	77
82	8,354	5	5	63	79
81	8,288	5	5	67	60
80	7,703	5	5	78	29
79	6,891	3	3	25	58
78	6,437	4	4	56	62
77	6,434	3	3	64	49
76	6,238	4	4	33	72
75	6,075	3	3	18	69
74	5,759	5	5	66	53
73	5,516	4	4	52	65
72	4,807	3	3	61	50
71	4,554	3	3	14	51
70	4,490	3	3	57	40
69	4,291	2	2	17	22
68	4,005	2	2	39	45
67	3,860	2	2	2	16

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

66	3,616	3	3	55	46
65	3,504	2	2	28	31
64	3,245	2	2	7	23
63	3,018	2	2	4	19
62	2,981	2	2	5	11
61	2,945	2	2	10	37
60	2,636	3	3	6	59
59	2,562	2	2	41	43
58	2,522	2	2	24	27
57	2,432	2	2	3	12
56	2,340	2	2	8	9
55	2,250	2	2	34	44
54	2,033	2	2	32	48
53	2,032	2	2	36	47
52	1,678	2	2	20	21
51	1,427	2	2	13	15





Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3448,158	70,36%
Inter-classes	1452,620	29,64%
Totale	4900,778	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1	-7,714	55,655	22,619	20,000	35,317	51,587	22,381	5,952	24,008	27,211	10,000	-18,690
2	-4,998	47,357	18,684	-4,737	47,368	39,254	19,737	13,158	19,737	10,338	15,395	0,263
3	38,953	7,953	-5,000	-12,000	41,944	55,417	40,000	-13,333	13,750	13,214	-15,000	16,750

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	41,847	95,725
2	41,847	0	82,102
3	95,725	82,102	0

Objets centraux :

Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1 (Yi11)	-3,011	57,019	30,000	25,000	41,667	70,833	30,000	6,250	33,333	21,429	-12,500	-25,000
2 (Xi03)	-25,097	62,862	25,000	-5,000	36,111	29,167	35,000	6,250	16,667	10,714	30,000	-7,500
3 (Y030)	50,146	7,713	5,000	5,000	47,222	54,167	40,000	-6,250	4,167	7,143	-17,500	30,000

Distances entre les objets centraux :

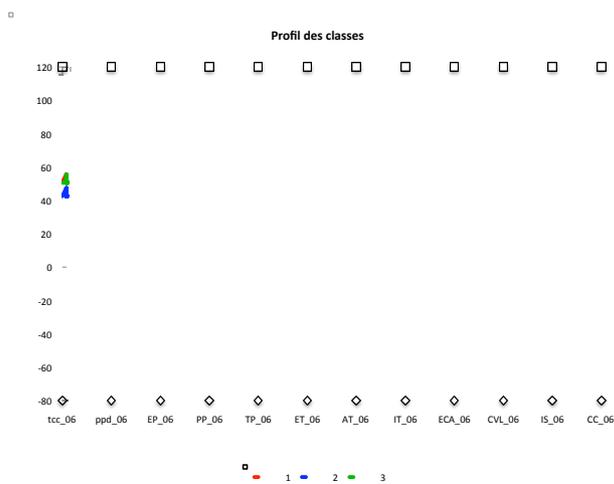
	1 (Yi11)	2 (Xi03)	3 (Y030)
1 (Yi11)	0	75,789	104,650
2 (Xi03)	75,789	0	118,170
3 (Y030)	104,650	118,170	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	21	19	10
Somme des φ	21	19	10
Variance intr	2975,474	3665,921	4063,042
Distance min	35,196	38,428	30,074
Distance moy	51,739	57,077	57,361
Distance max	89,000	87,946	99,151
	X003	X007	X030
	X005	Xi03	Y019
	Xi26	Y001	Y020
	Xi32	Y003	Y021
	Y009	Y010	Y030
	Y015	Y011	Y031
	Y027	Y012	Y032
	Y037	Y013	Y033
	Y044	Y014	Y034
	Yi05	Y017	Y041
	Yi06	Y018	
	Yi10	Y022	
	Yi11	Y036	
	Yi16	Yi07	
	Yi19	Yi13	
	Yi20	Yi14	
	Yi23	Yi15	
	Yi24	Yi17	
	Yi25	Yi22	
	Yi28		
	Yi30		

Résultats par objet :

Observation	Classe T06
X003	1
X005	1
X007	2
X030	3
Xi03	2
Xi26	1
Xi32	1
Y001	2
Y003	2
Y009	1
Y010	2
Y011	2
Y012	2
Y013	2
Y014	2
Y015	1
Y017	2
Y018	2
Y019	3
Y020	3
Y021	3
Y022	2
Y027	1
Y030	3
Y031	3
Y032	3
Y033	3
Y034	3
Y036	2
Y037	1
Y041	3
Y044	1
Yi05	1
Yi06	1
Yi07	2
Yi10	1
Yi11	1
Yi13	2
Yi14	2
Yi15	2
Yi16	1
Yi17	2
Yi19	1
Yi20	1
Yi22	2
Yi23	1
Yi24	1
Yi25	1
Yi28	1
Yi30	1



26. CAH T12 facteurs préconstruits

CAHfacteurspreconstruits50P.xlsx

CAH T12 3 CI

14/02/13 - 1

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 18:43:02
 Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T12 / Plage = '12 fact T12'!\$C\$1:\$N\$51 / 50 lignes et 12 colonnes
 Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T12 / Plage = '12 fact T12'!\$B\$1:\$B\$51 / 50 lignes et 1 colonne
 Regrouper les lignes
 Dissimilarité : Distance euclidienne
 Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
 Centrer : Oui
 Réduire : Oui
 Troncature : nombre de classes = 3

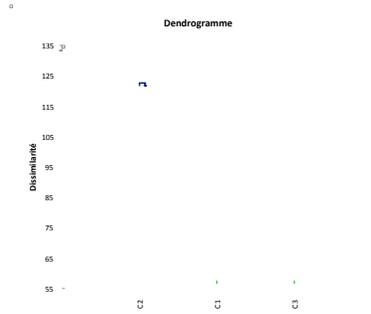
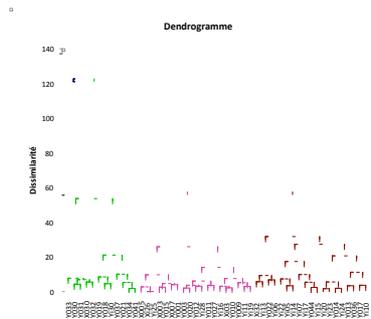
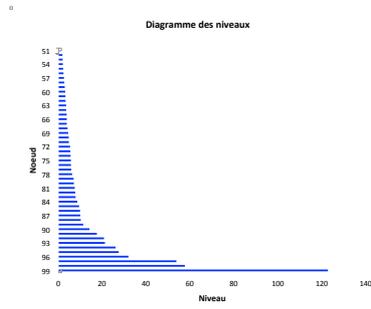
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_12	50	0	50	-41,856	47,621	-2,497	23,673
ppd_12	50	0	50	-9,255	87,146	47,139	21,862
EP_12	50	0	50	-50,000	60,000	15,100	22,621
PP_12	50	0	50	-40,000	40,000	4,700	19,676
TP_12	50	0	50	16,667	66,667	40,500	10,590
ET_12	50	0	50	0,000	95,833	44,500	19,857
AT_12	50	0	50	-20,000	70,000	25,500	22,366
IT_12	50	0	50	-29,167	39,583	4,833	16,407
ECA_12	50	0	50	-20,833	54,167	19,750	19,485
CVL_12	50	0	50	-14,286	53,571	18,714	16,915
IS_12	50	0	50	-40,000	42,500	9,350	18,356
CC_12	50	0	50	-42,500	30,000	-9,400	18,010

Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	122,630	50	50	98	97
98	57,475	38	38	96	94
97	53,615	12	12	83	93
96	31,750	19	19	85	95
95	27,306	15	15	91	92
94	25,904	19	19	86	90
93	21,070	7	7	88	84
92	20,630	8	8	89	76
91	17,378	7	7	87	81
90	13,991	12	12	82	78
89	11,181	4	4	63	67
88	10,062	4	4	30	73
87	9,847	4	4	35	74
86	9,740	7	7	71	59
85	9,314	4	4	79	77
84	8,486	3	3	19	70
83	7,730	5	5	80	27
82	7,571	6	6	61	72
81	7,347	3	3	64	45
80	6,928	4	4	69	75
79	6,790	2	2	22	34
78	6,125	6	6	66	65
77	5,718	2	2	7	38
76	5,590	4	4	52	54
75	5,560	2	2	4	26
74	5,433	3	3	57	42
73	5,316	3	3	21	53
72	5,195	3	3	10	60
71	4,656	4	4	68	58
70	4,595	2	2	18	50
69	4,325	2	2	24	25
68	4,049	2	2	3	8
67	3,691	2	2	17	36
66	3,682	2	2	12	23
65	3,673	4	4	55	62
64	3,413	2	2	33	39
63	3,408	2	2	14	29
62	3,141	2	2	13	49
61	3,100	3	3	56	41
60	3,006	2	2	37	43
59	2,765	3	3	2	51
58	2,590	2	2	1	16
57	2,428	2	2	32	40
56	2,210	2	2	5	11
55	2,044	2	2	9	20
54	1,920	2	2	15	47
53	1,823	2	2	28	31
52	1,715	2	2	44	46
51	0,085	2	2	6	48

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapies:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspreconstruits50P.xlsx



Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3104,229	68,37%
Inter-classes	1435,972	31,63%
Totale	4540,201	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1	-18,578	66,301	27,368	17,105	37,573	46,272	22,895	8,004	30,482	19,361	19,079	-20,000
2	30,388	27,624	-8,333	-1,667	35,417	59,028	48,333	-6,076	18,056	14,583	-8,958	3,958
3	-7,185	40,302	17,632	-3,684	46,637	33,553	13,684	8,553	10,088	20,677	11,184	-7,237

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	89,838	48,008
2	89,838	0	71,217
3	48,008	71,217	0

Objets centraux :

Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1 (Xi26)	-15,706	71,641	35,000	20,000	25,000	62,500	25,000	20,833	20,833	21,429	20,000	-32,500
2 (Y033)	35,451	10,937	-15,000	-10,000	47,222	37,500	40,000	-12,500	0,000	39,286	-30,000	17,500
3 (Yi24)	-22,427	57,885	5,000	-10,000	52,778	37,500	30,000	8,333	16,667	39,286	12,500	-15,000

Distances entre les objets centraux :

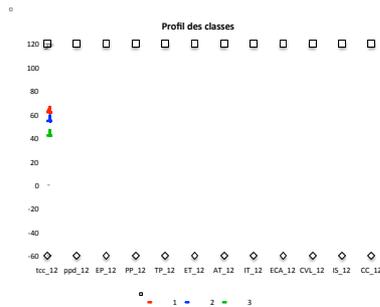
	1 (Xi26)	2 (Y033)	3 (Yi24)
1 (Xi26)	0	133,828	65,658
2 (Y033)	133,828	0	98,281
3 (Yi24)	65,658	98,281	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	19	12	19
Somme des f	19	12	19
Variance intr	2038,078	4466,496	3337,883
Distance min	30,795	51,902	38,885
Distance moy	43,387	63,009	55,702
Distance max	59,836	81,534	66,839
X003	X030	Xi32	
X005	Y018	Y013	
X007	Y019	Y014	
Xi03	Y021	Y017	
Xi26	Y030	Y022	
Y001	Y031	Y036	
Y003	Y032	Y044	
Y009	Y033	Y005	
Y010	Y034	Y006	
Y011	Y037	Y007	
Y012	Y041	Y010	
Y015	Yi30	Yi13	
Y020		Yi14	
Y027		Yi15	
Yi11		Yi17	
Yi16		Yi20	
Yi19		Yi22	
Yi25		Yi23	
Yi28		Yi24	

Résultats par objet :

Observation	Classe T12
X003	1
X005	1
X007	1
X030	2
Xi03	1
Xi26	1
Xi32	3
Y001	1
Y003	1
Y009	1
Y010	1
Y011	1
Y012	1
Y013	3
Y014	3
Y015	1
Y017	3
Y018	2
Y019	2
Y020	1
Y021	2
Y022	3
Y027	1
Y030	2
Y031	2
Y032	2
Y033	2
Y034	2
Y036	3
Y037	2
Y041	2
Y044	3
Y005	3
Y006	3
Y007	3
Y010	3
Y011	1
Y013	3
Y014	3
Y015	3
Y016	1
Y017	3
Y019	1
Y020	3
Y022	3
Y023	3
Y024	3
Y025	1
Y028	1
Yi30	2



27. Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois

Observ.	Classe T02	Classe T06	Classe T12	
X003	1	1	1	<p>1. Rappel:</p> <p>- à T02, les approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (+) et 2 (++) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 3.</p> <p>- à T06, les approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (++) et 2 (+) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 3.</p> <p>- à T12, es approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (++) et 3 (+) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 2.</p> <p>- Les 3 classes ont été distinguées par leur cotation et par leur couleur. Ainsi le rouge clair représente les psychothérapies psychodynamiques «simples» et le rouge plus intense les psychothérapies psychodynamiques «renforcées». Le vert représente les thérapies à dominance cognitivo-comportementale.</p> <p>Constatations :</p> <p>2. De façon générale, les grandes distinctions PPD / TCC subsistent.</p> <p>3. Cependant, il y a déplacement d'une approche à une autre dans quelques cas : du ppd au tcc (Y018, Y021, Y034, Y041, Yi30) ou du tcc au ppd (Y044, Yi13, Yi17) ou encore ont un passage ppd, tcc, ppd (Y020).</p> <p>4. 33 cas maintiennent une approche ppd dans les 3 cotations. Parmi eux, 4 cas maintiennent dans les 3 cotations une approche PPD «forte» (X005, Yi16, Yi19, Yi25), 5 maintiennent une orientation psychodynamique «moyenne». 11 passent d'un approche ppd «moyenne» à «forte» (X003, Xi26, Y001, Y003, Y009, Y011, Y012, Y015, Y027, Yi11, Yi28), 2 l'utilisent à T2 et T12 (X007, Xi03).</p> <p>5. 6 cas maintiennent une approche TCC dans les 3 cotations (X030, Y019, Y030, Y031, Y032et Y033), 3 l'empruntent en début de traitement (Y044, Yi13 et Yi17), 2 en fin de traitement (Y018 et Yi30), 2 à partir de 6 mois (Y021 et Y041) et 1 uniquement à 6 mois (Y020)</p> <p>6.</p> <p>7.</p>
X005	2	1	1	
X007	2	2	1	
X030	3	3	2	
Xi03	2	2	1	
Xi26	1	1	1	
Xi32	2	1	3	
Y001	1	2	1	
Y003	1	2	1	
Y009	1	1	1	
Y010	2	2	1	
Y011	1	2	1	
Y012	1	2	1	
Y013	2	2	3	
Y014	1	2	3	
Y015	1	1	1	
Y017	2	2	3	
Y018	2	2	2	
Y019	3	3	2	
Y020	2	3	1	
Y021	1	3	2	
Y022	1	2	3	
Y027	1	1	1	
Y030	3	3	2	
Y031	3	3	2	
Y032	3	3	2	
Y033	3	3	2	
Y034	2	3	2	
Y036	2	2	3	
Y037	3	1	2	
Y041	2	3	2	
Y044	3	1	3	
Yi05	1	1	3	
Yi06	1	1	3	
Yi07	2	2	3	
Yi10	2	1	3	
Yi11	1	1	1	
Yi13	3	2	3	
Yi14	1	2	3	
Yi15	1	2	3	
Yi16	2	1	1	
Yi17	3	2	3	
Yi19	2	1	1	
Yi20	1	1	3	
Yi22	1	2	3	
Yi23	1	1	3	
Yi24	2	1	3	
Yi25	2	1	1	
Yi28	1	1	1	
Yi30	1	1	2	

28. Relation entre classes à T12 à partir des médiateurs préconstruits et Δ EG

CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

Relation Classe- Δ EG

14/02/13 - 1

Observation	Classe T12	Δ EG
X003	1	9
X005	1	12
X007	1	27
Xi03	1	13
Xi26	1	11
Y001	1	44
Y003	1	15
Y009	1	27
Y010	1	14
Y011	1	13
Y012	1	22
Y015	1	28
Y020	1	6
Y027	1	2
Yi11	1	15
Yi16	1	20
Yi19	1	9
Yi25	1	14
Yi28	1	14
moy	1	16,4
sd	0	9,7
X030	2	21
Y018	2	37
Y019	2	6
Y021	2	21
Y030	2	39
Y031	2	13
Y032	2	10
Y033	2	20
Y034	2	22
Y037	2	19
Y041	2	16
Yi30	2	14
moy	2	19,8
sd	0	9,8
Xi32	3	15
Y013	3	15
Y014	3	17
Y017	3	12
Y022	3	25
Y036	3	18
Y044	3	19
Yi05	3	17
Yi06	3	13
Yi07	3	13
Yi10	3	20
Yi13	3	16
Yi14	3	16
Yi15	3	20
Yi17	3	13
Yi20	3	33
Yi22	3	11
Yi23	3	16
Yi24	3	13
moy	3	16,9
sd	0	5,1

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

29. Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax

Sans rotation varimax

F1 : facteur commun			
item	formulations	F1	F1va
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).	-2,74	2,74
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	2,67	2,67
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	2,37	2,37
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.	2,13	2,13
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique (R le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-2,07	2,07
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	2,01	2,01
65	Le thérapeute clarifie, reedit ou reformule ce que dit l'enfant.	1,90	1,90
72	L'enfant est actif.	1,82	1,82
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-1,75	1,75
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,73	1,73
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	1,71	1,71
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément (R.le thérapeute n'insiste pas sur l'expérience de l'affect chez l'enfant).	1,66	1,66
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	1,63	1,63
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord (R. le thérapeute s'abstient de porter manifestation ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant).	-1,62	1,62
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,53	1,53
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes (R. l'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes).	-1,48	1,48
40	L'enfant communique de façon inaffektive (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-1,31	1,31
13	L'enfant est animé ou en éveil	1,22	1,22

Facteur 2 : approche psychodynamique avec interactions de l'enfant			
item	formulations	F2	F2va
26	L'enfant est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (R. l'enfant est attentif aux interactions sociales).	-2,57	2,57
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes). R. le thérapeute tend à suivre l'exemple de l'enfant, à lui permettre de présenter les thèmes principaux, ou de structurer son propre jeu.	-2,55	2,55
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.	2,19	2,19
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)	2,05	2,05
66	Le thérapeute est directement rassurant.	-1,92	1,92
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique (R. le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques)	-1,87	1,87

67	Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées (le thérapeute ne souligne pas les désirs sous-jacents, sentiments ou idées que l'enfant peut avoir, mais plutôt le matériel plus conscient).	1,78	1,78
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils (R. le thérapeute n'offre pas d'aide ou ne donne pas d'instructions quand l'enfant demande de l'aide).	-1,75	1,75
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).	1,63	1,63
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	-1,62	1,62
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute (R l'enfant fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute)	-1,43	1,43
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (R. le thérapeute ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement).	-1,39	1,39
48	Le thérapeute pose des limites (le thérapeute ne paraît pas à l'aise avec le comportement de l'enfant et se retient d'intervenir ou de répondre).	-1,23	1,23
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (R. le thérapeute évite d'encourager l'enfant à parler de ses pensées et de ses sentiments).	1,23	1,23

Facteur 3: l'enfant est curieux, son jeu est imaginatif, clair dans son expression verbale, exprime ses affects, peut exprimer des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute ; celui-ci est dans une approche TCC ou PPD suivant signe négatif ou positif de 7 items / 13 avec F3 > 0 ou > 0

item	formulations	F3	F3va
8	L'enfant est curieux.	2,52	2,52
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).	-2,14	2,14
98	La relation thérapeutique est discutée (R le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la nature des échanges entre eux, se centre uniquement sur le contenu).	-2,13	2,13
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale (R. l'enfant parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague).	2,13	2,13
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique) (R. l'enfant passe d'une activité à une autre sans intérêt soutenu, de telle façon qu'aucune activité ne se développe en quelque chose qui peut être compris ou suivi)	2,01	2,01
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).	-1,94	1,94
93	Le thérapeute est neutre.	-1,86	1,86
36	Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense (R. l'interprétation des défenses ne joue que peu ou aucun rôle dans la séance).	-1,78	1,78
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (R. le thérapeute évite d'interpréter la signification du jeu de l'enfant).	-1,76	1,76
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).	-1,44	1,44
96	Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.	-1,32	1,32
62	Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (R. le thérapeute n'identifie pas un thème existant ou évident ou une configuration récurrente).	-1,28	1,28
49	L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance)	1,23	1,23

Facteur 4 : l'enfant recherche la proximité avec le thérapeute, établit un contact physique avec lui, se comporte de façon dépendante, attend d'être félicité ou protégé, explore des pensées ou sentiments intérieurs; le thérapeute établit des liens, mime des émotions implicites ou non élaborées.			
item	formulations	F4	F4va
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (R. le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives).	2,53	2,53
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).	2,48	2,48
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes (R. explore facilement des sentiments ou des pensées intérieurs).	-2,09	2,09
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (R. l'activité du thérapeute durant la séance ne comprend aucune ou peu de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations).	2,04	2,04
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.	-1,98	1,98
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)	1,82	1,82
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).	1,82	1,82
39	L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)	-1,63	1,63
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	-1,56	1,56
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.	1,53	1,53
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).	-1,40	1,40
22	L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé (R l'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé).	-1,38	1,38
85	L'enfant tourne sa colère et ses sentiments agressifs contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).	1,37	1,37
80	L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).	1,36	1,36
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].	-1,32	1,32

30. Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P

FacteursÉmergentsFP.xlsx

corrél var fact

17/03/13

Corrélations entre les variables et les facteurs :

	F1	F2	F3	F4
MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
MsX005	0,832	0,326	0,038	0,132
MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
MsXi03	0,736	0,078	-0,201	-0,080
MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
MsY009	0,839	0,008	0,112	0,006
MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248
MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
MsY013	0,686	-0,095	-0,370	0,406
MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104
MsY015	0,722	0,129	0,019	-0,324
MsY017	0,387	-0,279	-0,659	-0,207
MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
MsY020	0,750	-0,288	0,027	0,036
MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109
MsY022	0,472	0,238	-0,018	-0,116
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133
MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012
MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020
MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074
MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300
MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044
MsY041	0,461	-0,526	-0,365	-0,173
MsY044	0,506	-0,401	-0,274	-0,152
MsYi05	0,714	0,359	0,381	0,004
MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144
MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059
MsYi10	0,638	0,097	-0,098	-0,157
MsYi11	0,742	0,158	-0,030	-0,314
MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131
MsYi14	0,647	-0,008	0,136	-0,454
MsYi15	0,737	0,072	0,025	-0,094
MsYi16	0,755	0,194	-0,044	0,237
MsYi17	0,330	0,200	0,092	0,125
MsYi19	0,708	0,446	0,102	-0,050
MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014
MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213
MsYi23	0,421	0,199	-0,181	-0,313
MsYi24	0,539	0,244	-0,110	-0,437
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
MsYi28	0,657	0,110	0,171	-0,201
MsYi30	0,565	0,088	0,218	0,140

Age	F1	F2	F3	F4	
3	MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
3	MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014
4	MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
4	MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
4	MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
4	MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012
4	MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
4	MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020
4	MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059
5	MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
5	MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
5	MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104
5	MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266
5	MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109
5	MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074
5	MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300
5	MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044
6	MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
6	MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
6	MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133
6	MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020
6	MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144
6	MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131
6	MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213
6	MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
7	MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
7	MsY017	0,387	-0,279	-0,659	-0,207
7	MsY044	0,506	-0,401	-0,274	-0,152
7	MsYi19	0,708	0,446	0,102	-0,050
8	MsY013	0,686	-0,095	-0,370	0,406
8	MsY041	0,461	-0,526	-0,365	-0,173
8	MsYi15	0,737	0,072	0,025	-0,094
8	MsYi16	0,755	0,194	-0,044	0,237
9	MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
9	MsYi28	0,657	0,110	0,171	-0,201
10	MsY022	0,472	0,238	-0,018	-0,116
10	MsYi10	0,638	0,097	-0,098	-0,157
10	MsYi11	0,742	0,158	-0,030	-0,314
11	MsXi03	0,736	0,078	-0,201	-0,080
11	MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248
11	MsY020	0,750	-0,288	0,027	0,036
11	MsYi05	0,714	0,359	0,381	0,004
12	MsY009	0,839	0,008	0,112	0,006
12	MsY015	0,722	0,129	0,019	-0,324
13	MsYi14	0,647	-0,008	0,136	-0,454
13	MsYi30	0,565	0,088	0,218	0,140
14	MsX005	0,832	0,326	0,038	0,132
14	MsYi17	0,330	0,200	0,092	0,125
14	MsYi24	0,539	0,244	-0,110	-0,437
15	MsYi23	0,421	0,199	-0,181	-0,313

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:FacteursÉmergentsFP.xlsx

31. Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax

F1 : Approche globalement psychodynamique (verbalisation, liens avec expérience, non directivité) avec enfant actif, joyeux, assuré, proche de ses sentiments, comprenant les commentaires du thérapeute et recherchant sa proximité et permettant qu'un travail en profondeur puisse être effectué.			
item	Formulations	D1	D1va
40	L'enfant communique de façon inefficace (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-2,203	2,203
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	2,119	2,119
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-2,040	2,040
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).	-1,868	1,868
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	1,828	1,828
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).	-1,726	1,726
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique (R. le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques)	-1,695	1,695
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.	1,676	1,676
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	1,651	1,651
72	L'enfant est actif.	1,638	1,638
38	Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée en se rapportant à des événements ou à des sentiments.	1,632	1,632
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute (R l'enfant fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute)	-1,580	1,580
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique (R le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-1,527	1,527
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.	1,423	1,423
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (R. le thérapeute évite d'encourager l'enfant à parler de ses pensées et de ses sentiments).	1,370	1,370
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	1,340	1,340
44	L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (R. vs confiant et en sécurité).	-1,327	1,327
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord (R. le thérapeute s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant).	-1,266	1,266
94	L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).	-1,203	1,203
76	Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (R le thérapeute ne fait pas de liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience quand il semble accablé, ou ouvertement à distance de ses affect)	1,094	1,094
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,093	1,093
61	L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).	-0,946	0,946
33	L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un (R l'enfant fait état ou exprime son sentiment de vouloir être distant, séparé ou de n'avoir besoin de personne).	0,754	0,754
57	Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant (R. le thérapeute accepte les distorsions de l'enfant sans commentaire ou les discute quand elles sont invraisemblables)	-0,569	0,569
87	Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).	-0,536	0,536
27	Le thérapeute propose des conseils explicites pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance (R. le thérapeute s'abstient de guider l'enfant dans la conception de son comportement en dépit des demandes ou de la pression de l'enfant de le faire).	-0,517	0,517
30	Ses aspirations ou ses ambitions font partie des thèmes abordés par l'enfant	-0,247	0,247

F2 : thérapie cognitivo-comportementale (si score positif) ou psychodynamique (si score négatif) avec un enfant anxieux et tendu, difficile, agressif et provocateur.			
item	Formulations	D2	D2va
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes) (R. le thérapeute tend à suivre l'exemple de l'enfant, à lui permettre de présenter les thèmes principaux, ou de structurer son propre jeu).	2,641	2,641
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.	-2,354	2,354
66	Le thérapeute est directement rassurant.	1,933	1,933
36	Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense (R. l'interprétation des défenses ne joue que peu ou aucun rôle dans la séance).	-1,854	1,854
98	La relation thérapeutique est discutée (R. le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la nature des échanges entre eux, se centre uniquement sur le contenu).	-1,816	1,816
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (R. le thérapeute évite d'interpréter la signification du jeu de l'enfant).	-1,746	1,746
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils (R. le thérapeute n'offre pas d'aide ou ne donne pas d'instructions quand l'enfant demande de l'aide).	1,704	1,704
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,629	1,629
67	Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées (le thérapeute ne souligne pas les désirs sous-jacents, sentiments ou idées que l'enfant peut avoir, mais plutôt le matériel plus conscient).	-1,580	1,580
93	Le thérapeute est neutre.	-1,549	1,549
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	1,546	1,546
13	L'enfant est animé ou en éveil	1,268	1,268
48	Le thérapeute pose des limites (le thérapeute ne paraît pas à l'aise avec le comportement de l'enfant et se retient d'intervenir ou de répondre).	1,208	1,208
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (R. le thérapeute ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement).	1,187	1,187
82	Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments (R. le thérapeute n'intervient pas quand l'enfant est débordé par un sentiment).	1,150	1,150
20	L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique (R. l'enfant est particulièrement respectueux, compliant, ou semble jouer le rôle du « bon patient »)	1,120	1,120
14	Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.	-1,082	1,082
60	Le thérapeute est protecteur de l'enfant.	1,058	1,058
34	L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés (R. l'enfant prend la responsabilité appropriée de ses propres actions ou de sa position).	-0,973	0,973
91	les étapes antérieures du développement constituent un thème de la séance (R. la discussion de thèmes actuels ou futurs prédomine sur celle des expériences passées.)	-0,919	0,919
35	L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.	-0,791	0,791
43	Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres (R. le thérapeute ne fait pas de commentaires à propos de la signification du comportement des autres).	-0,607	0,607
84	L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs (R. L'expression de sentiments conséquents de colère ou d'agressivité est délibérément évitée par l'enfant).	0,572	0,572
83	L'enfant fait des demandes répétées au T.	0,560	0,560
7	L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	0,535	0,535

F3 : l'enfant n'est pas dans la relation et n'inclut pas le thérapeute dans son jeu, ne recherche pas son approbation ou sa sympathie, ne se contrôle pas, n'a pas d'activité soutenue, dans le jeu notamment, n'est pas conscient de ses difficultés, ne fait d'insight ; le thérapeute établit des règles explicites, commente les changements d'humeur, n'intervient pas sur les fantasmes ou les défenses, la situation actuelle de la vie de l'enfant est valorisée pour la discussion.			
item	Formulations	D3	D3va
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale (R. l'enfant parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague).	-2,88	2,88
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique) (R. l'enfant passe d'une activité à une autre sans intérêt soutenu)	-2,34	2,34
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)	-2,21	2,21
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes (R. l'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes).	-1,94	1,94
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).	1,89	1,89
26	L'enfant est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (R. l'enfant est attentif aux interactions sociales).	1,75	1,75
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).	-1,74	1,74
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément (R. le thérapeute n'insiste pas sur l'expérience de l'affect chez l'enfant).	1,69	1,69
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	1,68	1,68
8	L'enfant est curieux.	-1,62	1,62
63	L'enfant explore les relations avec les autres significatifs (R l'E n'aborde pas la discussion de ses relations avec ses proches) .	-1,44	1,44
21	le thérapeute dévoile quelque chose de lui.	-1,41	1,41
39	L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)	-1,34	1,34
70	L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions (R. l'enfant ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve).	-1,17	1,17
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).	1,14	1,14
62	Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (R. le thérapeute n'identifie pas un thème existant ou évident ou une configuration récurrente).	1,08	1,08
89	Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.	-1,07	1,07
19	L'enfant demande un conseil ou une information.	-1,02	1,02
32	L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	-0,96	0,96
49	L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants envers le thérapeute)	-0,90	0,90
78	L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute (R. l'enfant se comporte d'une manière qui évoque la désapprobation, l'irritation, ou le rejet).	-0,82	0,82
69	La situation récente ou actuelle de la vie de l'enfant est mise en valeur dans la discussion.	0,80	0,80
52	Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.	0,80	0,80
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant (R. le thérapeute ne commente pas les changements des états d'humeur de l'enfant durant la séance).	0,73	0,73
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, excitation) (R. le thérapeute évite de mettre l'accent sur ces sentiments ou réactions).	0,52	0,52
68	Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées (R. le thérapeute ne porte pas d'attention pour distinguer le fantasme de la réalité).	-0,39	0,39

F4 : l'enfant n'est pas coopérant, reste éloigné, n'établit de contact physique avec le thérapeute, ignore ses commentaires, est peu disposé à examiner ses problèmes, a tendance à rejeter ou ignorer les commentaires ou observations du thérapeute, exprime des sentiments négatifs envers lui tout en exprimant un sentiment de supériorité ; le thérapeute demande plus information, n'établit pas de lien entre la relation thérapeutique, utilise des formulations conceptuelles ou explicatives			
item	Formulations	D4	D4va
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).	-2,464	2,464
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (R. le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives).	-2,265	2,265
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.	2,097	2,097
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).	-1,865	1,865
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (R. l'activité du thérapeute durant la séance ne comprend aucune ou peu de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations).	-1,861	1,861
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)	-1,821	1,821
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.	1,701	1,701
85	L'enfant tourne sa colère et ses sentiments agressifs contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).	-1,554	1,554
80	L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).	-1,460	1,460
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	1,401	1,401
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.	-1,321	1,321
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).	1,232	1,232
23	La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.	1,095	1,095
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].	1,082	1,082
4	Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.	0,599	0,599
74	L'humour est utilisé.	-0,599	0,599
59	L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur) (R. l'enfant exprime un sentiment d'efficacité, de supériorité ou même de triomphe).	-0,443	0,443

Les valeurs correspondent pour chaque observation au facteur pour lequel le cosinus carré est le plus grand

32. CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3

CPQMoytout50.xlsx

CAH50p correl Fact variabl (1)

27/01/13 - 3

Barycentres des classes :

Classe	F1	F2	F3	F4
1	0,618	0,099	-0,014	-0,167
2	0,732	0,078	0,026	0,150
3	0,336	-0,636	0,310	0,002
4	0,491	-0,429	-0,286	-0,105

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3	4
1	0	0,341	0,868	0,610
2	0,341	0	0,877	0,691
3	0,868	0,877	0	0,659
4	0,610	0,691	0,659	0

Objets centraux :

Classe	F1	F2	F3	F4
1 (MsYi10)	0,638	0,097	-0,098	-0,157
2 (MsYi25)	0,772	0,164	0,027	0,081
3 (MsY032)	0,282	-0,714	0,233	-0,038
4 (MsY044)	0,506	-0,401	-0,274	-0,152

Distances entre les objets centraux :

	1 (MsYi10)	2 (MsYi25)	3 (MsY032)	4 (MsY044)
1 (MsYi10)	0	0,308	0,953	0,544
2 (MsYi25)	0,308	0	1,034	0,732
3 (MsY032)	0,953	1,034	0	0,646
4 (MsY044)	0,544	0,732	0,646	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3	4
Objets	18	21	5	6
Somme des poi	18	21	5	6
Variance intra-c	0,077	0,117	0,040	0,075
Distance minim	0,087	0,117	0,129	0,058
Distance moyer	0,257	0,314	0,175	0,221
Distance maxir	0,436	0,504	0,212	0,428
	MsX003	MsX005	MsX030	MsY017
	MsXi03	MsX007	MsY030	MsY019
	MsY011	MsXi26	MsY031	MsY034
	MsY015	MsXi32	MsY032	MsY041
	MsY022	MsY001	MsY033	MsY044
	MsY027	MsY003		MsYi13
	MsYi07	MsY009		
	MsYi10	MsY010		
	MsYi11	MsY012		
	MsYi14	MsY013		
	MsYi15	MsY014		
	MsYi17	MsY018		
	MsYi20	MsY020		
	MsYi22	MsY021		
	MsYi23	MsY036		
	MsYi24	MsY037		
	MsYi28	MsYi05		
	MsYi30	MsYi06		
		MsYi16		
		MsYi19		
		MsYi25		

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQMoytout50.xlsx

CAH50p AFvarimax Correl Fact Variables_Partie4

CPQMoytout50.xlsx

CAH AFv correl Fact Var

27/01/13 - 4

Barycentres des classes :

Classe	D1	D2	D3	D4
1	0,609	0,103	0,183	0,277
2	0,590	0,259	0,407	0,007
3	0,083	0,554	0,376	0,141

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	0,384	0,732
2	0,384	0	0,603
3	0,732	0,603	0

Objets centraux :

Classe	D1	D2	D3	D4
1 (MsYi15)	0,627	0,200	0,265	0,288
2 (MsY012)	0,559	0,300	0,388	-0,039
3 (MsYi13)	0,174	0,451	0,410	0,245

Distances entre les objets centraux :

	1 (MsYi15)	2 (MsY012)	3 (MsYi13)
1 (MsYi15)	0	0,370	0,539
2 (MsY012)	0,370	0	0,502
3 (MsYi13)	0,539	0,502	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	25	14	11
Somme des	25	14	11
Variance int	0,097	0,081	0,169
Distance mi	0,129	0,072	0,176
Distance mc	0,294	0,258	0,364
Distance ma	0,415	0,447	0,696
MsX003	MsX007	MsX030	
MsX005	MsXi32	MsY017	
MsXi03	MsY003	MsY019	
MsXi26	MsY009	MsY030	
MsY001	MsY010	MsY031	
MsY011	MsY012	MsY032	
MsY015	MsY013	MsY033	
MsY022	MsY014	MsY034	
MsY027	MsY018	MsY041	
MsYi05	MsY020	MsY044	
MsYi06	MsY021	MsYi13	
MsYi07	MsY036		
MsYi10	MsY037		
MsYi11	MsYi16		
MsYi14			
MsYi15			
MsYi17			
MsYi19			
MsYi20			
MsYi22			
MsYi23			
MsYi24			
MsYi25			
MsYi28			
MsYi30			

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQMoytout50.xlsx

33. Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax

FacteursÉmergentsFP-Varimax.xlsx

Corrélations var fact varimax

15/01/13

Corrélations entre les variables et les facteurs après rotation Varimax :

	D1	D2	D3	D4
MsX003	0,706	0,150	0,093	0,331
MsX005	0,871	0,031	0,241	0,106
MsX007	0,723	-0,032	0,470	-0,036
MsX030	-0,048	0,764	0,296	-0,045
MsXi03	0,577	0,083	0,448	0,295
MsXi26	0,886	0,019	-0,039	0,082
MsXi32	0,654	0,044	0,399	-0,093
MsY001	0,853	0,021	0,125	0,173
MsY003	0,634	0,161	0,393	-0,056
MsY009	0,721	0,328	0,278	0,206
MsY010	0,632	0,175	0,605	0,036
MsY011	0,601	0,114	0,437	0,471
MsY012	0,559	0,300	0,388	-0,039
MsY013	0,504	0,117	0,700	-0,176
MsY014	0,649	0,385	0,312	0,096
MsY015	0,599	0,148	0,207	0,506
MsY017	-0,011	0,028	0,770	0,350
MsY018	0,361	0,297	0,400	-0,121
MsY019	0,083	0,561	0,544	0,003
MsY020	0,492	0,494	0,419	0,145
MsY021	0,511	0,529	0,290	0,051
MsY022	0,474	-0,042	0,120	0,250
MsY027	0,462	0,239	0,366	0,305
MsY030	0,119	0,640	0,186	0,044
MsY031	0,082	0,826	-0,014	0,029
MsY032	-0,057	0,784	0,184	0,052
MsY033	0,149	0,875	-0,029	0,041
MsY034	0,280	0,411	0,563	0,241
MsY036	0,539	0,187	0,561	-0,087
MsY037	0,540	0,571	0,149	0,190
MsY041	0,007	0,398	0,661	0,298
MsY044	0,131	0,357	0,564	0,286
MsYi05	0,849	0,137	-0,120	0,167
MsYi06	0,856	0,142	0,024	0,050
MsYi07	0,372	0,001	0,364	0,212
MsYi10	0,517	0,087	0,302	0,333
MsYi11	0,618	0,107	0,246	0,510
MsYi13	0,174	0,451	0,410	0,245
MsYi14	0,476	0,293	0,107	0,593
MsYi15	0,627	0,200	0,265	0,288
MsYi16	0,744	0,072	0,338	-0,012
MsYi17	0,409	-0,007	0,021	-0,030
MsYi19	0,807	-0,073	0,063	0,249
MsYi20	0,516	0,208	0,462	0,187
MsYi22	0,439	0,326	0,041	0,322
MsYi23	0,337	-0,107	0,212	0,443
MsYi24	0,451	-0,069	0,170	0,587
MsYi25	0,733	0,137	0,273	0,133
MsYi28	0,597	0,216	0,080	0,355
MsYi30	0,585	0,223	0,064	-0,002

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:FacteursÉmergentsFP-Varimax.xlsx

34. CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois

ClassementSGV,SGV2,GAPt.xlsx

CAHAge,IG,Napa,EG,Dev,Apt12

16/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 16/01/2013 à 13:46:12
 Tableau observations/variables : Classeur = ClassementSGV,SGV2,GAPt.xlsx / Feuille = Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt / Plage = 'Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt'!\$B\$1:\$G\$51 / 50 lignes et 6 colonnes
 Libellés des lignes : Classeur = ClassementSGV,SGV2,GAPt.xlsx / Feuille = Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt / Plage = 'Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt'!\$A\$1:\$A\$51 / 50 lignes et 1 colonne
 Regrouper les lignes
 Dissimilarité : Distance euclidienne
 Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
 Centrer : Oui
 Réduire : Oui
 Troncature : Automatique

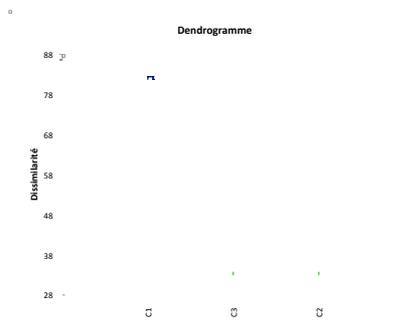
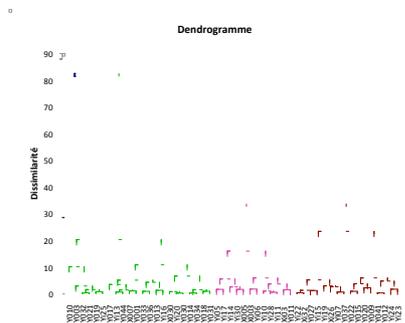
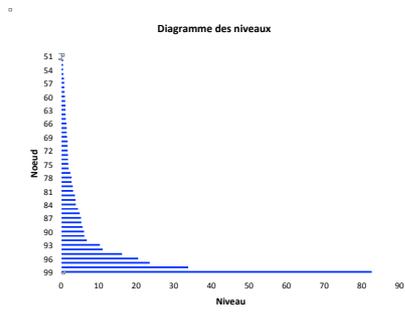
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	nc données	mans données	man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age	50	0	50		3,000	15,000	7,620	3,356
IG	50	0	50		0,000	9,000	2,980	1,571
Napa	50	0	50		0,000	10,000	2,600	2,873
EG00	50	0	50		12,069	62,069	36,483	12,755
Dev00	50	0	50		3,546	63,830	34,340	16,540
Apt T12	50	0	50		0,000	14,000	8,580	4,518

Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	82,496	50	50	96	98
98	33,709	28	28	95	97
97	23,437	16	16	88	91
96	20,348	22	22	93	94
95	16,036	12	12	90	89
94	10,901	16	16	92	87
93	10,171	6	6	5	80
92	6,701	7	7	60	71
91	6,008	8	8	84	86
90	5,991	7	7	76	83
89	5,600	5	5	78	74
88	5,262	8	8	81	67
87	5,173	9	9	82	85
86	4,828	4	4	53	75
85	4,364	4	4	61	68
84	3,809	4	4	77	62
83	3,742	5	5	64	70
82	3,546	5	5	27	69
81	3,027	4	4	79	29
80	2,978	5	5	19	72
79	2,674	3	3	4	58
78	2,626	3	3	45	73
77	2,310	2	2	41	43
76	1,826	2	2	10	22
75	1,789	2	2	49	50
74	1,722	2	2	42	48
73	1,708	2	2	46	47
72	1,630	4	4	54	59
71	1,606	4	4	52	63
70	1,570	2	2	39	40
69	1,464	4	4	65	57
68	1,365	2	2	30	33
67	1,360	4	4	55	66
66	1,281	2	2	20	32
65	1,135	2	2	3	11
64	1,065	3	3	37	56
63	0,999	2	2	13	21
62	0,998	2	2	36	44
61	0,992	2	2	8	16
60	0,879	3	3	51	18
59	0,834	2	2	1	25
58	0,729	2	2	9	17
57	0,713	2	2	23	28
56	0,629	2	2	35	38
55	0,447	2	2	24	26
54	0,419	2	2	7	14
53	0,395	2	2	31	34
52	0,384	2	2	12	15
51	0,321	2	2	2	6

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementSGV,SGV2,GAPt.xlsx



Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	208,610	43,58%
Inter-classes	270,046	56,42%
Totale	478,655	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	Age	IG	Napa	EG00	Dev00	Apt T12
1	5,273	3,091	1,091	45,063	19,117	9,364
2	8,625	2,875	1,750	34,752	44,947	6,063
3	10,583	2,917	6,500	23,060	48,109	10,500

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	28,216	37,194
2	28,216	0	13,885
3	37,194	13,885	0

Objets centraux :

Classe	Age	IG	Napa	EG00	Dev00	Apt T12
1 (Yi13)	6,000	2,000	2,000	47,414	20,567	7,000
2 (Yi15)	8,000	3,000	2,000	31,897	48,227	8,000
3 (Yi11)	10,000	2,000	6,000	19,828	46,099	12,000

Distances entre les objets centraux :

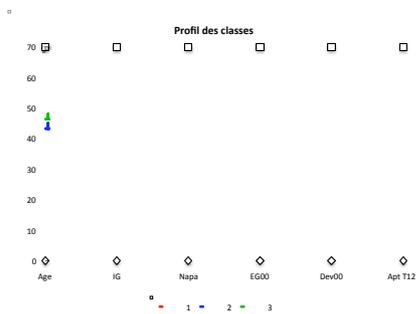
	1 (Yi13)	2 (Yi15)	3 (Yi11)
1 (Yi13)	0	31,809	38,339
2 (Yi15)	31,809	0	13,682
3 (Yi11)	38,339	13,682	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	22	16	12
Somme des poi	22	16	12
Variance intra-c	188,392	251,945	188,113
Distance minim	3,970	4,810	4,263
Distance moyer	12,342	14,270	12,289
Distance maxirr	22,563	25,417	21,728
	Y019	Xi26	X003
	Yi20	Yi07	Yi06
	X007	Y037	Yi28
	Y010	Y027	Yi10
	Y030	Yi22	Yi11
	Y032	Xi32	Xi03
	Y033	Yi19	Y011
	Y001	Y041	Yi05
	Y014	Yi15	Yi14
	Y018	Y012	Yi30
	Y021	Y022	X005
	Y034	Y020	Yi17
	Y036	Y009	
	X030	Y015	
	Y003	Yi24	
	Y031	Yi23	
	Yi13		
	Yi25		
	Y017		
	Y044		
	Y013		
	Yi16		

Résultats par objet :

Observation	Classe
Y019	1
Y120	1
X007	1
X126	2
Y010	1
Y030	1
Y032	1
Y033	1
Y107	2
X003	3
Y001	1
Y014	1
Y018	1
Y021	1
Y034	1
Y036	1
Y037	2
X030	1
Y003	1
Y027	2
Y031	1
Y106	3
Y113	1
Y122	2
Y125	1
X132	2
Y017	1
Y044	1
Y119	2
Y013	1
Y041	2
Y115	2
Y116	1
Y012	2
Y128	3
Y022	2
Y110	3
Y111	3
X103	3
Y011	3
Y020	2
Y105	3
Y009	2
Y015	2
Y114	3
Y130	3
X005	3
Y117	3
Y124	2
Y123	2



35. Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes

_CorrelAgeIGNapaEGΔapt.xlsx

corrélations âge IG Napa EG GApt

1

XLSTAT 2012.6.02 - Tests de corrélation - le 01/01/2013 à 13:55:40

Tableau observations/variables : Classeur = _EG-Gapt.xlsx / Feuille = Feuil1 / Plage = Feuil1!\$B\$1:\$F\$51 / 50 lignes et 5 c

Type de corrélation : Pearson

Statistiques descriptives :

Variable	Observations:	données ma:	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
age	50	0	50	3,000	15,000	7,620	3,344
IG	50	0	50	0,000	9,000	2,980	1,571
Napa	50	0	50	0,000	10,000	2,600	2,873
EG00	50	0	50	12,069	62,069	36,483	12,755
Δ Apt	50	0	50	-2,000	9,000	3,860	2,634

Matrice de corrélation (Pearson) :

Variables	age	IG	Napa	EG00	Δ Apt
age	1	-0,289	-0,144	-0,285	-0,129
IG	-0,289	1	-0,101	0,274	0,315
Napa	-0,144	-0,101	1	-0,092	-0,126
EG00	-0,285	0,274	-0,092	1	0,119
Δ Apt	-0,129	0,315	-0,126	0,119	1

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

p-values :

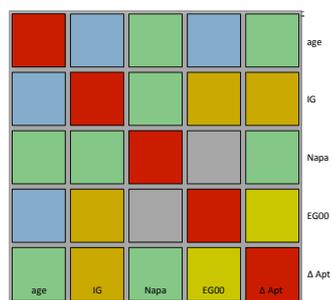
Variables	age	IG	Napa	EG00	Δ Apt
age	0	0,042	0,320	0,045	0,372
IG	0,042	0	0,484	0,054	0,026
Napa	0,320	0,484	0	0,523	0,383
EG00	0,045	0,054	0,523	0	0,411
Δ Apt	0,372	0,026	0,383	0,411	0

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

Cartes des corrélations :

□

Carte des corrélations



01/01/13

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:_CorrelAgeIGNapaEGΔapt.xlsx

36. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Histogramme Δ Apt 3-6

19/01/13

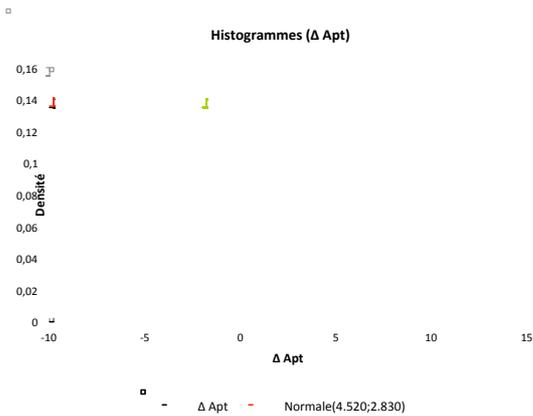
XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 19/01/2013 à 10:28:46

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$G\$1:\$G\$26 / 25 lignes et 1 colonne

Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	ns données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	25	-1,000	9,000	4,520	2,830



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-8	0	0,000	0,000
-8	-6	0	0,000	0,000
-6	-4	0	0,000	0,000
-4	-2	0	0,000	0,000
-2	0	1	0,040	0,020
0	2	5	0,200	0,100
2	4	3	0,120	0,060
4	6	5	0,200	0,100
6	8	7	0,280	0,140
8	10	4	0,160	0,080

37. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Histogramme Apt T12 3-6

05/04/13

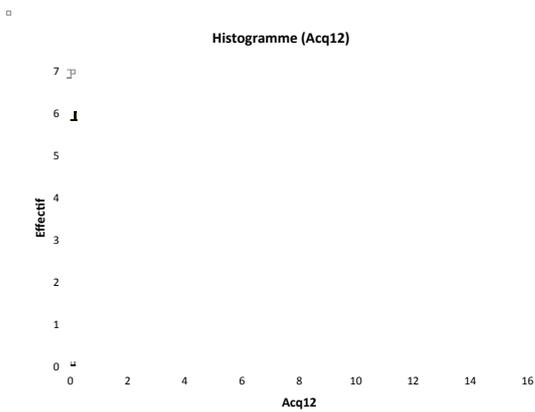
XLSTAT 2013.2.01 - Histogrammes - le 05/04/2013 à 14:50:30

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$F\$1:\$F\$26 / 25 lignes et 1 colonne

Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	% de données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	25	0	0,000	14,000	8,280	4,316



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,5	2	0,080	0,053
1,5	3	0	0,000	0,000
3	4,5	2	0,080	0,053
4,5	6	3	0,120	0,080
6	7,5	6	0,240	0,160
7,5	9	1	0,040	0,027
9	10,5	1	0,040	0,027
10,5	12	1	0,040	0,027
12	13,5	6	0,240	0,160
13,5	15	3	0,120	0,080

38. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Quantiles Apt12 3-6

29/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 19/01/2013 à 10:39:48

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$F\$1:\$F\$26 / 25 lignes et 1 colonne

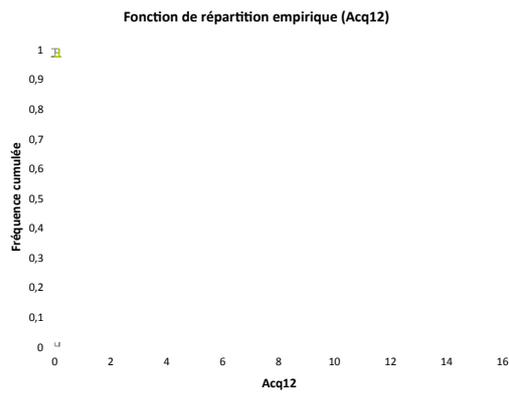
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	25	0	25	0,000	14,000	8,280	4,383

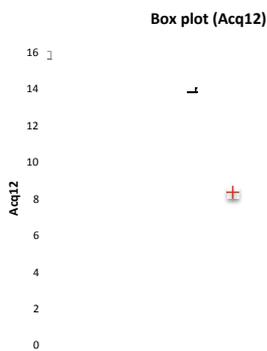
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	14,000
99%	14,000
95%	14,000
90%	13,500
3ème Quartile :	12,750
Médiane 50%	7,000
1er Quartile 25%	5,000
10%	2,000
5%	0,250
1%	0,250
Minimum 0%	0,000

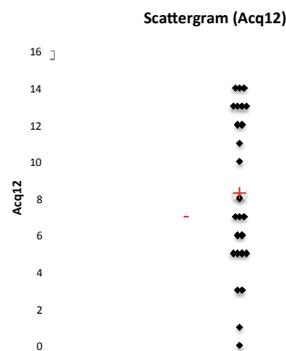
Fonction de répartition empirique :



Box plots :



Scattergrams :



39. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Histogramme Δ Apt 3-6

05/04/13

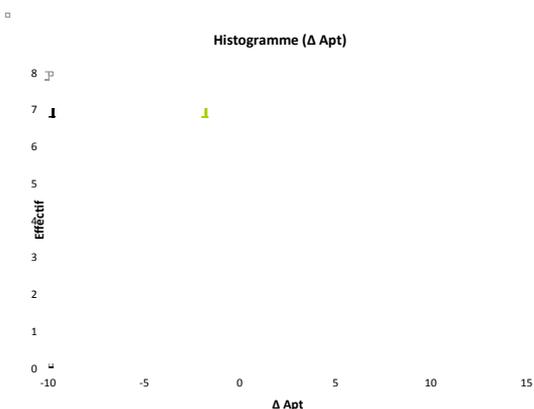
XLSTAT 2013.2.01 - Histogrammes - le 05/04/2013 à 14:48:02

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$G\$1:\$G\$26 / 25 lignes et 1 colonne

Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	% données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	-1,000	9,000	4,480	2,756



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-8	0	0,000	0,000
-8	-6	0	0,000	0,000
-6	-4	0	0,000	0,000
-4	-2	0	0,000	0,000
-2	0	1	0,040	0,020
0	2	5	0,200	0,100
2	4	2	0,080	0,040
4	6	7	0,280	0,140
6	8	7	0,280	0,140
8	10	3	0,120	0,060

40. Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 24/01/2013 à 05:21:43

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$G\$1:\$G\$26 / 25 lignes et 1 colonne

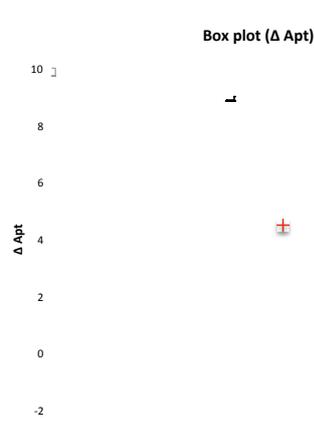
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	man données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	25	-1,000	9,000	4,480	2,756

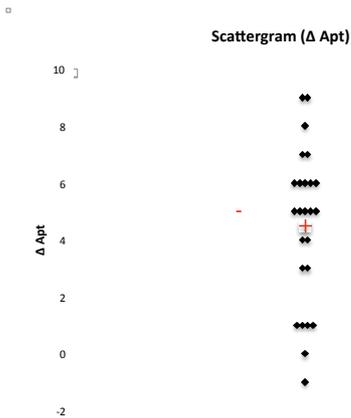
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	9,000
95%	8,750
90%	7,500
3ème Quartile :	6,000
Médiane 50%	5,000
1er Quartile 25%	1,500
10%	0,500
5%	-0,750
1%	-0,750
Minimum 0%	-1,000

Box plots :



Scattergrams :



41. Statistiques descriptives des groupes forts 1 et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans

CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx

Desc groupes forts 1et2 3-6

29/01/13 - 1

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 29/01/2013 à 17:15:14

Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 3-6 / Plage = 'groupe fort 3-6'!\$B\$1:\$Q\$10 / 9 lignes et 16 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

Statistique	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc	AcqT12
Nb. d'observati	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Minimum	4	0,0	-21,7	-20,0	25,9	4,1	31,9	-18,3	-12,5	-4,2	-2,4	-24,2	-39,2	36,2	-31,1	12
Maximum	6	3,0	50,0	23,3	73,1	36,9	93,1	50,0	27,8	50,0	31,0	26,7	4,2	70,7	43,3	14
1er Quartile	4	0,5	18,3	-1,7	38,9	19,0	38,9	15,0	4,9	8,3	3,6	-3,3	-25,0	42,7	-17,5	12
Médiane	5	1,0	21,7	16,7	40,7	27,3	40,3	26,7	14,6	18,1	13,1	11,7	-15,8	49,4	-7,4	13
3ème Quartile	5	2,0	30,0	20,0	43,5	29,0	62,5	36,7	19,4	27,8	15,5	23,3	-4,2	68,4	5,4	14
Moyenne	4,9	1,3	20,2	9,6	42,5	23,3	51,5	24,5	10,4	20,2	11,1	6,6	-14,8	54,3	-4,4	13
Variance (n-1)	0,6	1,1	436,9	257,4	178,2	106,1	407,0	415,0	159,4	303,7	102,8	304,1	200,0	184,1	502,2	0,8
Ecart-type (n-1)	0,8	1,0	20,9	16,0	13,4	10,3	20,2	20,4	12,6	17,4	10,1	17,4	14,1	13,6	22,4	0,9

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 29/01/2013 à 18:32:33

Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 1et2 3-6 / Plage = 'groupe fort 1et2 3-6'!\$B\$16:\$Q\$21 / 5 lignes et 16 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

Statistique	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc	AcqT12
Nb. d'observati	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Minimum	4	0,0	-18,3	-16,7	29,6	12,5	41,7	13,3	-10,4	-11,1	4,8	-22,5	-12,5	9,3	-22,7	7
Maximum	6	2,0	25,0	6,7	44,4	27,4	79,2	53,3	8,3	37,5	31,0	10,0	19,2	65,3	39,9	11
1er Quartile	4	0,0	11,7	-11,7	37,0	19,4	47,2	30,0	-7,6	6,9	4,8	-22,5	-8,3	29,9	11,0	7
Médiane	5	0,0	21,7	-6,7	41,7	21,4	50,0	41,7	-0,7	9,7	16,7	-4,2	-8,3	31,8	21,9	8
3ème Quartile	5	0,0	21,7	-5,0	41,7	21,7	79,2	51,7	6,3	18,1	27,4	2,5	0,8	56,4	22,8	10
Moyenne	4,8	0,4	12,4	-6,7	38,9	20,5	59,5	38,0	-0,8	12,2	16,9	-7,3	-1,8	38,5	14,6	8,6
Variance (n-1)	0,7	0,8	318,7	76,9	34,0	28,8	333,6	277,4	67,9	313,0	150,5	216,8	161,7	502,5	541,2	3,3
Ecart-type (n-1)	0,8	0,9	17,9	8,8	5,8	5,4	18,3	16,7	8,2	17,7	12,3	14,7	12,7	22,4	23,3	1,8

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx

42. CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans

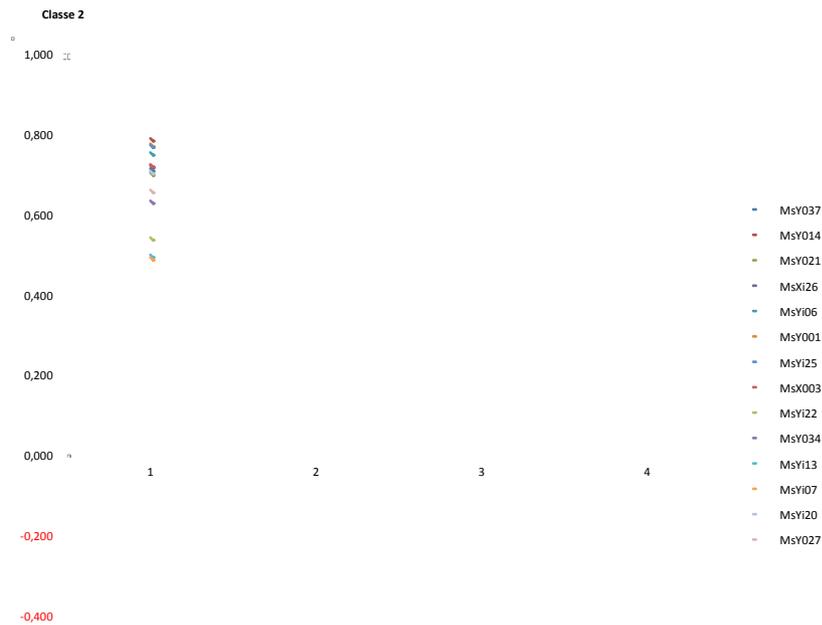
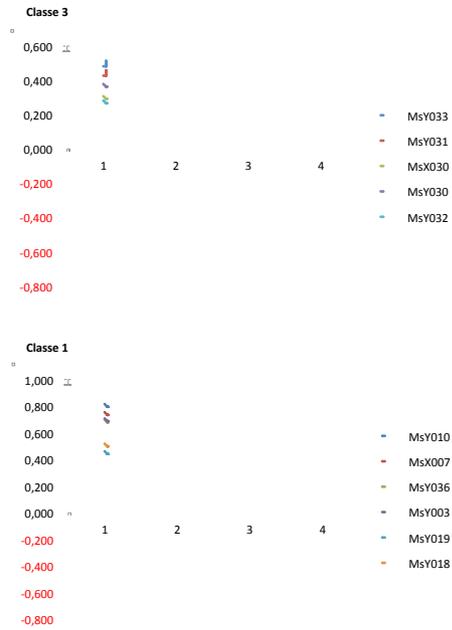
CPQMoytout50.xlsx

Analyse factorielle4F

27/01/13 - 14

CAH 25 enfants 3 à 6 ans

MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020
MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300
MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266
MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044
MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104
MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109
MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144
MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213
MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074
MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131
MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059
MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133



Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQMoytout50.xlsx

Présentation globale de leur distinction en 3 classes

Concernant les médiateurs émergents, une classification ascendante hiérarchique (CAH), centrée sur la population des enfants de 3-6 ans a été réalisée (voir annexe). Elle porte sur corrélations entre les variables (les psychothérapies des différents patients caractérisées à partir des 100 items du CPQ) et les 4 principaux facteurs (issus de l'analyse factorielle) communs ou spécifiques à l'ensemble des psychothérapies observées. Pour chaque patient, les scores dont sont affectés ces facteurs sont différents. Ainsi un score proche de 1 décrit une très grande proximité de la psychothérapie d'un patient avec le descriptif de ce facteur. Le score peut avoir une valeur négative (entre 1 et -1) lorsqu'il figure une situation inverse de celle décrite.



La CAH décrit 3 classes distinctives du processus psychothérapique à partir des facteurs émergents définis plus haut.

La classe 1 se caractérise par :

- un F1 (facteur commun) important (0,5-0,8) concernant le cadre (ajusté, sensible et secure, ouvert à l'approche des conflits et des problèmes centraux), le travail psychothérapique associé aux affects et l'enfant (actif, en éveil et accordé avec le thérapeute)
- un F2 définissant l'approche (psychodynamique si score positif ou cognitivo-comportementale si score négatif)
- un F3 décrivant l'enfant dans son état d'être (curieux, clair, imaginatif) avec une approche du thérapeute plutôt cognitivo-comportementaliste (si score positif)
- un F4 centré sur la proximité de l'enfant par rapport au thérapeute.

La classe 2 est elle qui regroupe le plus d'enfants et le plus de variabilité avec cependant 2 tendances moins diversifiées :

- un facteur 1 fort allant de 0,5 à 0,8
- un facteur 4 faible allant de -0,2 à 0,15
- les facteurs 2 et 3 doivent être examinés au cas par cas, avec une diversité pour F2 de -0,4 à +0,4 et pour F3 de -0,2 à +0,3

La classe 3 se caractérise par :

- un F1 entre 0,3 et 0,4
- un F2 très négatif entre -0,5 et 0,8
- un F3 positif entre 0,2 et 0,50
- un F4 très faible autour de 0

43. Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible

	F1	F2	F3	F4	Apt T12	Δ Apt	
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107	0	-1	Classe 1
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038	3	1	Classe 3
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081	1	1	Classe 2, F2+faible
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078	3	1	Classe 3
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133	7	0	Classe 2, F2, F3 et F4 (-) ~ 0

44. Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes fort

	Age	Napa	F1	F2	F3	F4	Apt T12	
Y010	4	0	0,815	-0,035	-0,246	0,210	7	Classe 1, F2 et F3 (-), F4 +
Y030	4	0	0,379	-0,511	0,206	0,012	7	Classe 3, F2 (-)
MsYi07	4	0	0,492	0,064	-0,223	-0,059	12	Classe 2, F3 (-)
MsX007	4	1	0,754	0,218	-0,212	0,278	13	Classe 1
Y021	5	0	0,703	-0,266	0,165	0,109	8	Classe 2, F2 (-)
Y034	5	0	0,634	-0,372	-0,200	-0,074	10	Classe 2, F2 et F3 (-)
MsY018	5	1	0,518	-0,202	-0,071	0,266	13	Classe 1, F2 (-), F4 +
MsY001	5	2	0,776	0,374	0,122	0,034	14	Classe 2, F2 fort tout +
Yi13	6	2	0,498	-0,403	-0,082	-0,131	11	Classe 2, F2 (-)
MsYi06	6	3	0,754	0,304	0,277	0,144	12	Classe 2, F2 fort tout +
MsXi26	4	2	0,722	0,440	0,270	0,110	13	Classe 2, F2 fort tout +
MsX003	5	2	0,724	0,211	0,157	-0,150	14	Classe 2
MsY037	5	0	0,714	-0,230	0,299	-0,044	14	Classe 2, F2 (-), F3 +
MsYi22	6	0,5	0,542	-0,043	0,222	-0,213	12	Classe 2, F1 moyen, F3 +

45. Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude

F2	les commentaires du T compris	accordage	inclusion T dans le jeu	engagement dans jeu du faire croire
Y019	non	non	non	non
Y032	non	non	non	non
Yi 25	oui	oui	non	non
X030	non	non	non	non
Y027	non	non	oui	non
Y010	oui	non	oui	non
Y030	/-0,33	non	non	/0,33
Yi07	oui	non	oui	non
X007	/-0,67	oui	/0,33	non
Y021	non	/0,67	non	/0,33
Y034	oui	non	non	non
Y018	non	/0,67	non	non
Y001	oui	oui /-1	oui	oui
Yi13	non	non	non	/-0,67
Yi06	oui	oui	oui	/0,33
Xi26	oui	oui	oui	oui
X003	/-0,67	/-0,33	oui	oui
Y037	oui	0	oui	/-0,33
Yi22	oui	oui /-1	oui	oui

F3	curieux	jeu fluide	sentiments constants/T	exp. verbale claire et organisée	affects exprimés, modulés	jeu ouvert imaginatif
Y019	/0,33	non	oui	non	non	non
Y032	oui	oui	/-0,33	non	/-0,33	non
Yi 25	/0,33	oui/1	/0,33	/-0,67	oui	oui/-1
X030	oui	non	/0,33	non	/-0,67	non
Y027	/0,67	non	non	non	oui	/-0,33
Y010	oui	non/-1	non/-1	non	oui	oui/-1
Y030	oui	oui	/0,33	/-0,67	/0	non
Yi07	/0,67	/0	/-0,33	/0	/0	/0
X007	oui	/-0,67	/0,33	non	/-0,67	/-0,33
Y021	oui	non	/-0,33	non	oui/-1	oui
Y034	non	non	oui	non	oui/1	non
Y018	oui	oui/1	oui	/0	/0,33	/0
Y001	oui	oui	non	/-0,67	oui	oui
Yi13	non	non	non	non	non	non/1
Yi06	Oui	oui/1	/0,33	/0	oui	oui
Xi26	oui	oui	/0,33	oui	oui	oui
X003	/0,67	oui	/0,67	/-0,33	oui	oui
Y037	oui	oui/1	non/1	/0,33	oui	oui
Yi22	oui	/0,67	/-0,33	/-0,67	oui	oui

46. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Histogr Nbre Apt12 7-11

30/01/13

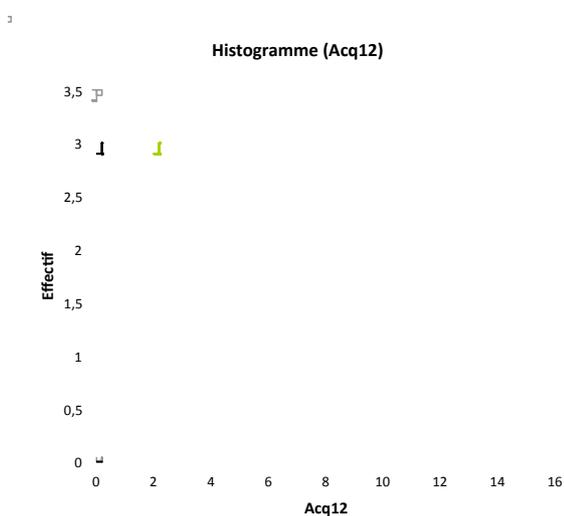
XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 23/01/2013 à 17:33:56

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$N\$31:\$N\$48 / 17 lignes et 1 colonne

Intervalles : Amplitude = 1

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	17	0	17	2,000	14,000	10,000	3,588



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	orne supérieu	Effectif	Fréquence	Densité
0	1	0	0,000	0,000
1	2	0	0,000	0,000
2	3	1	0,059	0,059
3	4	0	0,000	0,000
4	5	1	0,059	0,059
5	6	0	0,000	0,000
6	7	1	0,059	0,059
7	8	1	0,059	0,059
8	9	1	0,059	0,059
9	10	1	0,059	0,059
10	11	2	0,118	0,118
11	12	2	0,118	0,118
12	13	2	0,118	0,118
13	14	2	0,118	0,118
14	15	3	0,176	0,176

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

47. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Quantiles Apt12 7-11

30/01/13

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 23/01/2013 à 18:52:17

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$N\$31:\$N\$48 / 17 lignes et 1 colonne

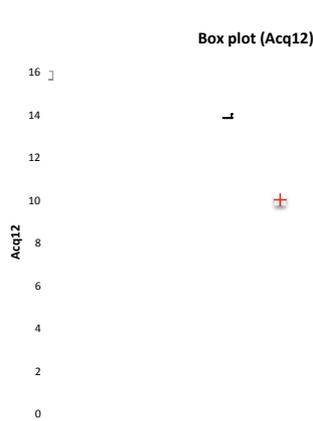
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données manq	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	17	0	17	2,000	14,000	10,000	3,588

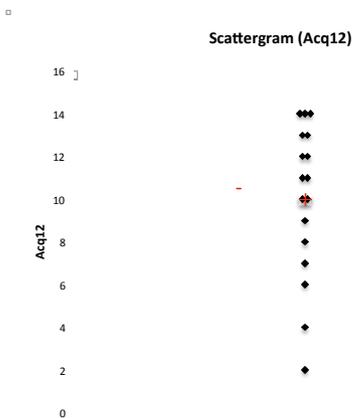
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	14,000
99%	14,000
95%	14,000
90%	14,000
3ème Quartile :	12,750
Médiane 50%	10,500
1er Quartile 25%	7,250
10%	3,400
5%	3,700
1%	2,340
Minimum 0%	2,000

Box plots :



Scattergrams :



48. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Histogramme Δ Apt 7-11

30/01/13

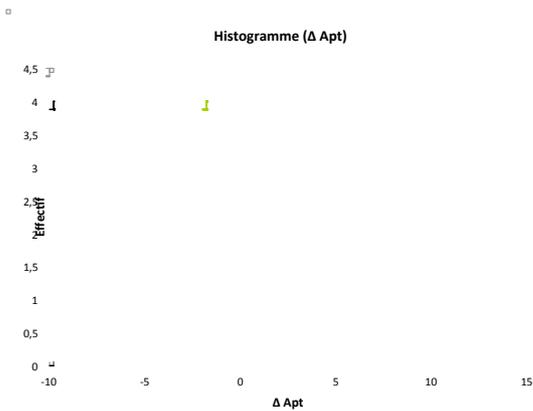
XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 23/01/2013 à 15:28:04

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$O\$31:\$O\$48 / 17 lignes et 1 colonne

Intervalles : Amplitude = 1

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	ns données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	17	0	17	-2,000	9,000	3,588	2,694



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-9	0	0,000	0,000
-9	-8	0	0,000	0,000
-8	-7	0	0,000	0,000
-7	-6	0	0,000	0,000
-6	-5	0	0,000	0,000
-5	-4	0	0,000	0,000
-4	-3	0	0,000	0,000
-3	-2	0	0,000	0,000
-2	-1	1	0,059	0,059
-1	0	0	0,000	0,000
0	1	0	0,000	0,000
1	2	3	0,176	0,176
2	3	1	0,059	0,059
3	4	4	0,235	0,235
4	5	2	0,118	0,118
5	6	3	0,176	0,176
6	7	1	0,059	0,059
7	8	0	0,000	0,000
8	9	1	0,059	0,059
9	10	1	0,059	0,059

49. Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans

ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

Quantiles Δ Apt12 7-11

19/02/13

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 23/01/2013 à 15:32:59

Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!\$O\$31:\$O\$48 / 17 lignes et 1 colonne

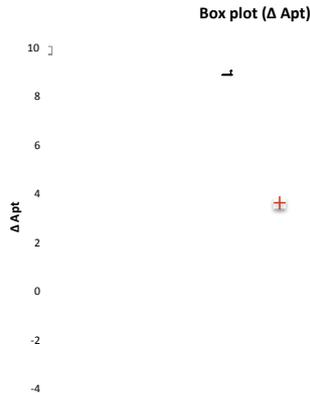
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	éc données man	man données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	17	0	17	-2,000	9,000	3,588	2,694

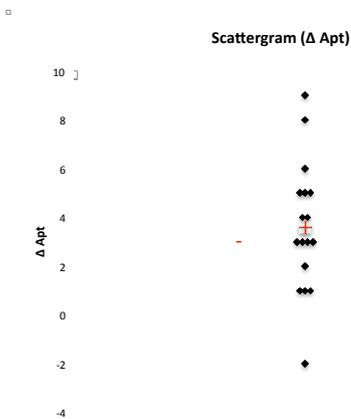
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	8,830
95%	8,150
90%	6,600
3ème Quartile :	5,000
Médiane 50%	3,000
1er Quartile 25%	1,250
10%	0,100
5%	0,550
1%	-1,490
Minimum 0%	-2,000

Box plots :



Scattergrams :



50. Statistiques descriptives des facteurs préconstruits et comparatif 7-11 et 3-6

CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx

Desc compar 7-11 et 3-6

20/02/13 - 1

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 22/01/2013 à 19:54:04

Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe faible 7-11 / Plage = 'groupe faible 7-11'!\$B\$1:\$O\$7 / 6 lignes et 14 colonnes - Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = 13 fact - 50 P 7-11 / Plage = '13 fact - 50 P 7-11'!\$B\$1:\$O\$18 / 17 lignes et 14 colonnes - Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 7-11 / Plage = 'groupe fort 7-11'!\$B\$1:\$O\$7 / 6 lignes et 14 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe faible 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Minimum	7,0	-6,7	-33,3	31,5	-1,9	19,4	5,0	-20,8	8,3	2,4	3,3	-9,2	16,0	-26,1
Maximum	11,0	33,3	38,3	51,9	24,4	63,9	38,3	15,3	51,4	22,6	43,3	13,3	53,7	20,5
1er Quartile	8,3	2,1	-20,4	38,7	12,5	31,9	20,4	-11,1	17,7	11,9	7,9	0,0	37,7	-8,1
Médiane	9,0	6,7	-5,8	41,7	15,1	41,0	26,7	-6,3	21,5	19,0	10,8	5,0	42,6	-1,7
3ème Quartile	9,0	25,0	11,3	45,4	20,5	53,1	34,2	1,2	29,5	22,6	20,6	9,4	46,9	8,2
Moyenne	8,8	11,9	-2,5	41,8	14,4	41,9	25,3	-4,5	25,2	16,1	16,5	3,9	39,9	-1,3
Variance (n-1)	1,8	262,7	689,7	48,8	86,7	270,4	151,6	158,5	223,3	69,0	218,2	66,9	171,1	263,0
Ecart-type (n-1)	1,3	16,2	26,3	7,0	9,3	16,4	12,3	12,6	14,9	8,3	14,8	8,2	13,1	16,2

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Minimum	7,0	-8,3	-46,7	30,6	-1,9	15,3	0,0	-20,8	8,3	-1,2	-5,0	-20,8	16,0	-31,1
Maximum	11,0	40,0	38,3	51,9	31,0	75,0	40,0	17,4	54,2	38,1	43,3	13,3	72,0	34,9
1er Quartile	8,0	3,3	-15,0	37,0	12,4	30,6	10,0	2,1	16,7	11,9	7,5	-15,8	40,9	-17,5
Médiane	9,0	16,7	3,3	41,7	15,7	41,7	21,7	5,6	22,2	21,4	14,2	-4,2	48,6	-8,6
3ème Quartile	10,0	26,7	15,0	43,5	22,1	54,2	31,7	9,0	30,6	22,6	25,0	2,5	55,8	3,3
Moyenne	9,1	15,3	1,7	41,0	17,0	43,5	20,9	3,6	24,8	18,2	15,8	-5,4	48,5	-6,6
Variance (n-1)	2,2	205,3	575,7	34,5	71,4	260,1	167,4	104,2	161,8	97,0	158,7	126,8	183,1	307,5
Ecart-type (n-1)	1,5	14,3	24,0	5,9	8,4	16,1	12,9	10,2	12,7	9,9	12,6	11,3	13,5	17,5

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe fort 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Minimum	7,0	3,3	-15,0	37,0	6,8	15,3	5,0	3,5	13,9	9,5	-5,0	-20,8	16,0	-31,1
Maximum	11,0	28,3	25,0	51,9	26,3	54,2	36,7	15,3	36,1	29,8	26,7	10,0	72,0	20,5
1er Quartile	7,3	5,8	4,2	42,1	13,7	32,6	11,7	4,0	16,7	14,6	6,5	-19,6	55,7	-22,5
Médiane	9,0	15,0	7,5	43,5	17,6	40,3	18,3	5,6	19,4	22,6	20,4	-17,1	56,3	-16,5
3ème Quartile	10,0	20,4	13,3	43,5	21,6	50,0	25,0	6,6	28,5	26,2	25,6	-4,6	57,2	-10,6
Moyenne	8,8	14,4	7,2	43,5	17,3	38,9	19,2	6,7	22,7	20,6	15,3	-11,0	52,3	-12,8
Variance (n-1)	3,0	99,6	177,4	23,0	49,7	212,2	130,8	19,4	78,4	67,3	178,0	159,8	355,5	323,0
Ecart-type (n-1)	1,7	10,0	13,3	4,8	7,0	14,6	11,4	4,4	8,9	8,2	13,3	12,6	18,9	18,0

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe 3-6

Statistique	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	-21,7	-23,3	25,9	4,1	27,8	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2	-10,2	-31,1
Maximum	50,0	23,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	50,0	41,7	26,7	30,0	70,7	52,6
1er Quartile	-1,7	-10,0	35,2	14,8	36,1	25,0	-9,7	5,6	4,8	-17,5	-15,8	29,9	-14,3
Médiane	18,3	-1,7	39,8	19,4	47,2	30,0	1,4	12,5	13,1	2,5	-6,7	45,3	6,4
3ème Quartile	25,0	13,3	43,5	27,3	61,1	45,0	12,5	23,6	20,2	17,5	12,5	56,3	33,1
Moyenne	11,9	0,9	39,8	19,3	49,9	32,3	1,3	14,9	14,3	0,6	-2,6	38,9	9,2
Variance (n-1)	341,5	201,2	82,8	70,5	300,0	336,3	197,6	237,0	124,8	357,6	364,8	617,4	658,6
Ecart-type (n-1)	18,5	14,2	9,1	8,4	17,3	18,3	14,1	15,4	11,2	18,9	19,1	24,8	25,7

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx

51. Description des 4 médiateurs émergents dans le groupe 7-11 avec gain d'aptitudes élevé

	Age	Napa	F1	F2	F3	F4	Δ Apt	
MsXi32	7	3	0,681	0,145	-0,127	0,304	9	Classe 1
MsY044	7	0	0,506	-0,401	-0,274	-0,152	8	Classe 2
MsYi16	8	6	0,755	0,194	-0,044	0,237	6	Classe 1
MsYi10	10	6	0,638	0,097	-0,098	-0,157	5	Classe 4
MsYi11	10	6	0,742	0,158	-0,030	-0,314	5	Classe 4
MsY011	11	7	0,799	0,076	-0,187	-0,248	5	Classe 4

XVIII. ANNEXES 3. ARTICLES ET TEXTES MANUSCRITS

1. Article Counselling and Psychotherapy Research

Counselling and Psychotherapy Research, September 2012; 12(3): 187–193



Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network

JEAN-MICHEL THURIN^{1*}, MONIQUE THURIN¹, & NICK MIDGLEY²

¹*Inserm U669 (National Institute for Health and Medical Research) & French Federation of Psychiatry, Paris, France, and*

²*Anna Freud Centre/University College London, London, UK*

Abstract

Background/Objective: With increasing awareness of some of the limitations of randomised controlled trials as the 'gold standard' of psychotherapy evaluation, researchers at the start of the twenty-first century have focused on a number of new priorities: developing studies in natural conditions; investigating the psychotherapeutic process to better understand the conditions, causes and mechanisms of change; and reducing the gap between clinicians and researchers. Can these three interrelated objectives be combined? *Method:* A French psychotherapy practice-based research network (PRN) is used as a field of research for these issues. A survey was used to investigate the conditions that encouraged the clinicians to participate in the PRN study within the context of clinicians' general opposition to research. *Results:* Several elements emerged as the key to clinicians' positive involvement in research: the methodology implemented (intensive case studies during one year); the choice of measures; the constant attention to the practicalities and the potential contribution of studies to clinical practice; the organisation of work in peer groups; the training methods; the use of new information technologies and the sense of participation in a project that would support the profession. *Implications:* These elements are briefly discussed in relation to the question of how best to encourage clinicians to engage with research.

Keywords: care efficiency; intensive case study; mechanisms of change; practice research network (PRN); process-outcome study; science-practitioner model

Introduction

The start of the twenty-first century saw considerable debate about the most appropriate methods for evaluating psychotherapy in the context of the increasing emphasis on 'evidence-based practice'. New directions and recommendations were proposed by many researchers, professional associations (e.g. APA; Levant, 2005) and research institutes (e.g. NIMH, Rush, 1998). From these debates certain shared ideas appear to have emerged. Alongside the idea that randomised controlled trials (RCTs) should not be the only method in counselling and psychotherapy research, three objectives have been highlighted: (a) the need to develop studies in natural conditions (Thurin & Briffault, 2006); (b) to extend the evaluation of results to include the investigation

of the psychotherapeutic process itself in order to better understand the conditions, causes and mechanisms of change; and (c) to reduce the gap between clinicians and researchers (see, Goldfried & Wolfe, 1996; Thurin & Thurin, 2007).

These goals are very energising, but their implementation is complex. Specifically, they require not only the development of rigorous methodologies of observation and analysis of processes of change, but also the aggregation of cases. They also require a high level of involvement of clinicians in research and then raise the possibility of a true collaboration between clinicians and researchers. Can these inter-related necessities be combined?

In this paper we report on the findings of a survey of a group of psychotherapists who participated in a practice research network (PRN) based in France.

*Corresponding author. Email: jmthurin@internet-medical.com

The PRN itself was an attempt to address the first two challenges set out above (the attempt to study therapies in a natural setting and to extend beyond the focus on outcomes to look at the process of change); the survey attempted to address the third issue: to what degree this project helped to reduce the gap between clinicians and researchers. Before reporting on the findings of the survey, however, we will briefly outline what is meant by a PRN and how the project developed in the context of psychotherapy provision in France.

The development of a practice research network

In general terms, a practice research network is a group of practising clinicians who work together to collect data and conduct a variety of researches (Zarin, 1997). Borkovec et al. (2001) defined it more precisely as collaboration between practitioners and clinical scientists devoted to the development and conduct of internally valid and clinically relevant research based upon the established infrastructure. Audin et al. (2001) and Barkham and Mellor-Clark (2003) added to this definition that the provision of such an infrastructure yields potentially large databases that provide the foundation for delivering 'practice-based evidence' as a natural complement to 'evidence-based practice'.

Within these parameters a psychotherapy practice research network was established in France, by Inserm (the National Institute for Health and Medical Research) (Thurin et al., 2007). A small group of clinicians joined one of the authors of this paper (JMT) and sought to develop a PRN among therapists in private practice in France with the objective of developing the evaluation of psychotherapy in natural conditions and to deepen knowledge about configurations and mechanisms of change in the psychotherapeutic process. Although written consent is not required for observation (non-experimental) studies carried out in France, all patients were informed about the study, and agreement with the CNIL (National Commission of Data Processing and Freedoms) was reached on the optimum way to store data in a secure way. All data collected as part of the PRN were anonymous, with the patients and the clinicians each receiving a code, known only by one person responsible for the network.

The methodology was as follows: each clinician included one of his cases in an intensive study for one year. The extensive notes made by the clinician

at the start of treatment were used for the case formulation, and for a quantitative evaluation of outcome and process using validated instruments (full details of the PRN study and its findings will be reported elsewhere). The various measures were evaluated over time by three clinicians, forming a group of peers: the therapist and two others. Ratings were made independently by each of them from the data, and then shared, compared and discussed until consensus was reached. The analysis assessed the changes of the patient, the main characteristics of the psychotherapy process and the mediators and conditions that moderated how they evolved. By January 2012 the network consisted of 200 members and 65 groups of three or four peers. One hundred and twenty-five psychotherapies carried out under real conditions (i.e. with real patients treated in private practice or in a public centre of care) are currently under study.

In setting up and running this project, a number of issues were raised about the complexities of bringing together a group of clinicians with little research experience to form a PRN. A number of significant issues soon emerged: the almost complete absence of training in research methods among the clinicians taking part, especially on the instruments and their use; the need to monitor and improve the quality of ratings and inter-rater reliability; and the time needed to devote to research, especially among a group of clinicians who were geographically distant from each other. As one of the aims of the project had specifically been to reduce the gap between clinicians and researchers, it was decided to conduct a survey with those participating in the PRN in order to understand how their experience of involvement had impacted on their attitudes.

A survey to investigate the opinion of clinicians about their involvement with the PRN

A survey of the therapists involved in the PRN was undertaken. The aim of the survey was to better understand the attitude and experience of clinicians participating and to explore to what degree involvement in the PRN had led to a change in attitude in relation to research more generally.

Method

Sixty-two clinicians who were near completion or had already finished their case study were sent questionnaires; 36 responses (58%) were received.

Of the clinicians, 23 were female (63%); 21 were clinical psychologists (58%); 12 were psychiatrists (33%); two were psychometricians (5%); and one was a psychoanalyst who was neither a psychologist nor psychiatrist (2%). Twenty-two identified their orientation as psychoanalytic (89%); two as cognitive behavioural (5%); and two as integrative (5%). Twelve clinicians had more than 20 years' experience of psychotherapy, 13 had from ten to 20 years, eight had from three to ten years, and one had less than three years' experience.

For this investigation, Q-sort methodology (Stephenson, 1953) seemed an appropriate method to capture the experience of the clinicians because they knew the method: during the PRN research clinicians had used measures based on Q-sort methodology (Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000) and the Child Psychotherapy Process Q-sort (CPQ; Schneider, Thomas & Midgley, 2009)). The method and online instrument was used to measure how each clinician subjectively, best characterised her or his participation in the study.

Each clinician was questioned using 25 items which explored four categories of questions: (a) the conditions under which clinicians decided to participate in research; (b) what motivated them to do so; (c) how they experienced participating in the network in practice; and (d) their appreciation of its progress and its effects on their clinical work and view of research. Each participant was required to sort the 25 items into seven categories ranging on a continuum from 'Strongly Agree' (+3) to 'Not at all Agree' (-3).

Results

Tables I-IV present the findings of the survey in relation to each of the four categories (with a negative value indicating that the participants disagreed with the statement, and a higher value - either negative or positive - indicating a stronger point of view). The items are ordered in highest to lowest mean score (whether negatively or positively salient).

The findings of the survey suggest that research had important effects for the clinicians at various levels: theoretical; in clinical practice; and even on the process of psychotherapy. When deciding whether to participate in the study, the participants expressed significant concern about the objectives of the study, and expressed some sense that the data collection process (especially writing detailed notes) was not easy. But having chosen to participate they

Table I. Category A: Decision about participation.

Q-item	Mean	SD
1. My decision to take part in this study was difficult	-2.39	1.86
2. When I became acquainted with the objectives of this study, I felt concerned	1.58	2.36
4. Before this study, I was not familiar at all with the methodology of research	-0.83	2.06
3. My initial decision to take part in this research resulted from the encouragement of another person	-0.25	2.38

felt supported by their peer groups and did not find that the research context had a negative impact on their clients. A strong motivation to take part was to protect and defend the profession of psychotherapy, but once they decided to participate, the respondents to the survey expressed a view that the study revitalised their clinical work, enabled them to specify clinical questions and discussions between peers and brought much to their reflection on patients. They reported that the case formulation was an interesting tool, and that they had no real difficulties constituting a peer group, exposing their practice and understanding the methodology of the study.

Interestingly, the respondents to the survey did not express a strong view that their view of research had changed as a result of participating in the study. But they did see participation as having raised theoretical issues and having considerable impact on their clinical practice, in a way that they believed

Table II. Category B: Experience of the study.

Q-Item	Mean	SD
5. The constitution of my peer group was difficult	-2.06	1.76
18. The exit from treatment of a patient engaged in the evaluation with my peers destabilised the group	-1.75	1.56
6. I felt helped by the research team	1.25	1.75
19. The consensus on rating always was very difficult to attain with the different instruments	-1.17	2.22
8. The collection of extensive notes was easy	-1.03	2.04
7. The understanding of methodology was difficult	-0.67	2.41
24. To present the follow-up of my case and to expose my practice in peer group proved to be easy	0.42	2.01
20. To facilitate work with my peers I used Skype or another internet technology	-0.33	2.51
9. The taking in hand of the instruments is (was) difficult	0.22	2.24

Table III. Category C: Implication, motivation.

Q-Item	Mean	SD
14. On the professional level, this research seems important to me to defend psychotherapy practice	2.03	1.65
15. The possibility of better knowing my practice and understanding how the changes occur for my patient were part of my motivation	1.39	2.14
10. The peer group work is (was) the principal driver of my involvement	0.75	2.41

was helpful to their patients. In addition, defence of their profession and developing a better understanding of the origin of the changes among their patients were two important motives for taking part in the study.

Discussion

Five points may be underlined from the answers that were given in the survey and from subsequent discussions that took place during general meetings of the clinicians involved with the network after the survey had been completed.

The peer group

This is the fundamental structural element of the PRN. It offers a mechanism, which is in itself

Table IV. Category D: 'Impact of the study'.

Q-Item	Mean	SD
22. This study did not raise theoretical questions for me	-2.69	1.31
12. This research did not have impact on my practice	-2.39	1.78
23. The case formulation is an interesting stage to define the indication of a psychotherapy and its objectives	1.67	1.81
17. Clinical discussions in a peer group enabled me to reflect on my patient	1.61	1.93
21. I have the feeling that this research had a positive impact on the psychotherapy process of the included patient	1.53	1.56
11. The peer group work revitalised my clinical work	1.14	2.37
13. The participation in this research enabled me to specify clinical questions	0.86	2.03
16. I better see the changes of my patient since I began this research	0.67	1.88
25. My view of research in psychotherapy evolved in a positive way since my participation in the network	0.44	1.86

a support. The clinicians speak about it with much enthusiasm starting from three principal aspects: (a) the pleasure of engaging with clinical questions; (b) the search for consensus, with very intense discussions when ratings are different, but also on particular points concerned with the pathology of the cases; (c) not feeling evaluated oneself (under the judgment of someone), but on the contrary, participating using one's clinical expertise which brings convergent and complementary opinions. The peer group also represents an important mechanism for the practical delivery of research. The confidentiality of the data in a group of identified clinicians working within a shared code of professional ethics makes it possible to comply with the ethical setting of psychotherapy.

Collection of the data

Difficulties were predicted at the planning stage, (e.g. 'It would be very difficult to take notes during or right after a session'; 'the audio recording would be impossible or would break the therapeutic relationship' etc). In fact, note-taking was very easy for some therapists because they had experience of it already, while for others it was difficult to choose when to take notes – during the session or after the session. Audio-recording sessions was routine for some but difficult or impossible for others especially in the case of borderline patients. It remained difficult for the clinicians to note their own extra-linguistic interventions. By the end of the study, the concern about note-taking had disappeared completely.

Training

For training, summaries of the measures/instruments were posted on the website of the PRN. However, we recommend that before any study clinicians should familiarize themselves with the instruments through testing. In addition, the meetings for 'experience feedback' played a crucial role in updating the difficulties and solving them. Lastly, but not least, online support proposed by one of us (MT) was very much used!

Impact of research on psychotherapy

Practice research was initially perceived for many clinicians as a risk for psychotherapy. On the contrary, this survey underlined that research could have positive effects on therapists' work (Jiménez, 2007; Kazdin, 2008). Attention to practice opens an

opportunity for reflection on the relevance of psychotherapeutic interventions and their effect: e.g. the choices about the type of intervention can be different according to the stage of therapy and the needs of the patient. The therapists also expressed two key fears at the beginning of research: the fear about whether patients would engage in treatment for a whole year (which was the time-frame of the PRN); and the fear of exposing their clinical practice in front of their peers and feeling judged. Both of these fears disappeared very quickly once the study began.

Impact of research on clinicians

Discussions in a wider group showed that the research, when seen within a clinical framework, not only does not attack the clinician but offers an opportunity for learning and development, in comparison with the normal situation where the therapist in private practice takes complete responsibility for a clinical process with very little support from a peer group. The research also makes it possible to monitor how changes occur in treatment. It confirms that change is a process that cannot be reduced to a particular (magical) intervention with the patient, but it is a gradual process made up of a whole series of 'micro-changes'. Certain changes take more time than others and a logic to this process of change seems to exist in a form that can be identified by empirical measures such as the Child Psychotherapy Q-sort. So, even if the evolution of their view about research was not for them the most salient trait in the survey, discussions showed that participation in research produced for the clinicians a real sense of discovery and raised valuable theoretical questions for them about the nature of psychotherapy and the process of change.

Limitations

The survey reported in this brief report was conducted with a relatively small number of therapists and it is not clear to what degree those who responded to the survey were representative of the larger group. The survey format was able to capture something of the participants' experience, but may not have been able to capture the full richness of their experience. As the survey was conducted by the coordinator of the PRN, it is possible that the responses given by participants were not completely honest; although the anonymity of the process would hopefully have counteracted this. To what degree the findings of this

survey would be transferable to other settings is a matter for speculation, given the very particular position of research within French psychotherapy and the rather unique ways in which this PRN was established and the measures it used.

Conclusions

Implications for the researcher-practitioner gap and the role of PRNs

Despite these limitations, the survey touches on some important issues for psychotherapy researchers more generally. Bridging the gap that has widened between researchers and clinicians has become a very important goal for psychotherapy research, especially in a country like France where there has been a tradition of hostility towards empirical investigation of the therapy process. Developing the evaluation of psychotherapies in natural conditions and deepening the knowledge of the moderators and mediators of change during the psychotherapeutic process are both crucial objectives. So too is the need to develop a real collaboration between researchers and clinicians by centring evaluative research on clinical questions that support the improvement of practice.

The survey and the experience of running the PRN led to several developments that were aimed at reducing the research-clinician gap. In connection with the absence of training of clinicians about research we shared the principle, underlined by Castonguay (in Lampropoulos et al., 2002), that the best way of being trained in clinical research is to do some. This general approach was supplemented by the delivery of a research booklet to each clinician, publication of the instruments and their video presentation on the internet, organisation of regular training and problem solving meetings. We also proposed individual support by telephone for any difficulties encountered. Creation of peer groups solved many potential problems concerning the appropriation of the methodology by the clinicians, as well as the quality of their ratings and inter-rater reliability. This time appeared to be greatly appreciated by the clinicians.

The survey which is presented here, supported by our own experience of running the PRN, seems to bring an encouraging vision of the way in which a PRN can function, joining together a rather significant number of clinicians observing, during one year, the evolution of their cases and the psychotherapy process which underlies them.

The responses of the clinicians who took part in our survey confirm what Castonguay et al. (2010) state:

... Perhaps the most important recommendation for future PRNs is to conduct studies that intrinsically confound research with practice—studies for which it is impossible to fully distinguish whether the nature of the questions investigated, tasks implemented, or the data collected are empirical or clinical. We would venture to guess that psychotherapists and researchers will be most successful in designing and implementing a PRN study when their empirical goals are intertwined with day-to-day clinical tasks and/or concerns (as when clinicians are able to learn about what could facilitate and/or interfere with change as they are involved in the process of collecting data with each individual client). To paraphrase a commonly used term ('egosyntonic'), research has to be 'clinically-syntonic'. (p. 352)

Acknowledgements

The PRN is funded by Inserm, Office General for Health, and France Foundation. Thanks to the clinicians of the borderline and autism sub-groups of the network who took part in the study, and J. Massonnet and F. Journet who helped to refine the questionnaire. Thanks also to G. Haag, C. Barthelémy and B. Falissard for their participation in the dynamics of the network, and also to T. Delespierre.

References

- Audin, K., Mellor-Clark, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Lewis, S., Cann, L., Duffy, J., & Parry, G. (2001). Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health, 10* (3), 241–251.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 319–327.
- Borkovec, T.D., Echemendia, R.J., Ragusea, S.A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 155–168.
- Castonguay, L., Nelson, D., Boutselis, M., Chiswick, N., Damer, D., Hemmelstein, N., & Borkovec, T. (2010). Clinicians and/or researchers? A qualitative analysis of therapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 47*, 345–354.
- Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist, 51* (10), 1007–1016.
- Jiménez, J.P. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis, 88*, 661–679.
- Jones, E.E. (2000). Psychotherapy Process Q-set (PQS). In E.E. Jones (Ed.), *Therapeutic Action* (pp. 317–361). Northvale, London: Jason Aronson Inc.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63* (3), 146–159.
- Lampropoulos, G.K., Goldfried, M.R., Castonguay, L.G., Lambert, M.J., Stiles, W.B., & Nestoros, J.N. (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1241–1264.
- Levant, R.F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Association. Available from: <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Rush, A.J. (1998). Bridging science and service. National Institute of Mental Health. Available from: <http://wwwapps.nimh.nih.gov/ecb/archives/nimhbridge.pdf>
- Schneider, C., Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Concept and intuition in child psychotherapy research: The development and uses of the Child Psychotherapy Q-Sort (CPQ). In N. Midgley, et al. (Eds.), *Child psychotherapy and research: New directions, emerging findings*. London: Routledge.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Thurin, J.M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle: Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale, 32* (4), 402–412.
- Thurin, J.M., & Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod.
- Thurin, J.M., Falissard, B., & Danion, J.M. (2007). Projet INSERM Réseau de Recherche Fondé sur les Pratiques Psychothérapeutiques. *Pour la Recherche, 55*, 1–16.
- Zarin, D.A., Pincus, H.A., West, J.C., & McIntyre, J.S. (1997). Practice-based research in psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 154* (9), 1199–1208.

Biographies

Jean-Michel Thurin is a psychiatrist-psychoanalyst, a member of Inserm Unity 669 and President of the Scientific College of French Federation of Psychiatry. He coordinates, with B. Falissard, the Psychotherapy Practice Research Network. Author of many articles and a book on the evaluation of psychotherapies and Editor-in-Chief of 'For Research', he teaches in the Universities Paris V and Paris VI. He is member of the Society for Psychotherapy Research and is one of the coordinators of the www.techniques-psychotherapies.org site

Monique Thurin is clinician psychologist and Doctor of Philosophy in Speech-Language Science. She is a methodological group member and

one of the main coordinators of Psychotherapy Practice-based Research Network specialising in discourse analysis. She has participated in several research studies looking at the evaluation of the process and outcome of psychotherapies. She is member of the Society for Psychotherapy Research.

Nick Midgley is a child and adolescent psychotherapist and Programme Director of the MSc

in Developmental Psychology and Clinical Practice at the Anna Freud Centre/University College London. He is the joint editor of *Child Psychotherapy and Research: New Directions, Emerging Findings* (Routledge, 2009) and of *Minding the Child: Mentalization-based Interventions with Children, Young People and their Families* (Routledge, 2012).

2. M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ.

	Références de l'article	Articles de construction du PQS	Méthode statistique et outils complémentaires utilisés
	Jones, E. E. (1985). <i>Manual for the Psychotherapy Process Q-Set</i> . Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.	Ce manuel a été publié dans Therapeutic Action et traduit en français (PLR 61)	
	Jones EE, Gummig JD & Horowitz MJ.. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 1988 ; 56(1): 48-55.	Recherche des effets des facteurs spécifiques (actions du thérapeute, attitudes du patient... sur les résultats de la psychothérapie. 40 patientes traumatisées (événement, deuil) ont fait une psychothérapie psychodynamique brève. Les résultats ont démontré que les facteurs spécifiques étaient en effet prédictifs des résultats du traitement, bien qu'habituellement en interaction avec le niveau de perturbation du patient avant le traitement.	BSI, GSI, IES, Experience of stress scale, SRRS, BPRS PQS : propriété de tests psychométriques, analyse factorielle, taille d'effet, analyse de régression multiple à partir de laquelle on soumet au GSI pour représenter les résultats.
	Jones EE, Parke LA & Pulos S. How therapy is conducted in the private consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments.. <i>Psychotherapy Research</i> 1992 ; 2(): 16-30.	Etudes de l'évolution des thématiques dans le cadre de psychothérapies psychodynamiques de patients ayant des troubles névrotiques . Evaluation avec le PQS. Résultats modélisés selon le processus appréhendé comme constitué d'actions qui définissent et donnent une signification à une autre et à leur contexte.	<i>Descripteurs du processus de la thérapie</i> : Evaluation de 3 séances, la première, la cinquième et la 14 ^{ème} . Les items du PQS qui ont montré peu de variabilité ont été écartés. 71 items sont gardés et les scores des 10 item les plus et moins caractéristiques ont été rapportés. Les scores moyens se sont étendus de 1.88 à 7.60 sur la distribution de 9 points. le mot « renversé (ou « r ») en liaison avec un nombre d'item suit la convention établie (1971) pour indiquer que le renversement a été nécessité pour la comparaison. <i>Changement au cours du processus dans le temps</i> : Les 71 items ont été ramenés à une moyenne par des juges pour chaque séance et une analyse de la variance (ANOVA) avec des mesures répétées a été calculée.
	Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 1993 ; 61(2): 303-316.	Définition des items les plus et les moins caractéristiques des thérapies TCC et PD. Respectivement 32 et 30 psychothérapies ont été menées, 186 séances enregistrées, transcrites et évaluées avec le PQS. Les scores des items ont été moyennés puis comparés dans les deux thérapies.	Autres outils : SCL-90, BPRS, OCR (Overall Change Rating) BDI, HRSD, MMPI PQS : T test sur 2 échantillons. Analyse factorielle et rotation varimax. Correlation des 4 facteurs isolés

<p>Jones EE, Ghannam J, Nigg JT et Dyer JFP. A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression <i>J. Consult. Clin. Psychol.</i>,1993, 61(3):381-394</p>	<p>Description du processus à partir d'un cas unique à partir de la moyenne des 100 items du PQS sur 53 séances (1 sélectionnée toutes les 4 séances) de psychothérapie psychodynamique intensive (2 séances par semaine). Les items ont été classés et les 10 plus et les 10 moins caractéristiques ont été identifiés. Pour l'organisation de ces items, c'est leur sens qui a été privilégié plutôt qu'une analyse statistique pour qu'ils puissent plus rapidement se prêter à une interprétation clinique. Pour savoir si certaines dimensions du processus thérapeutique peuvent être identifiées, les notes des items ont été soumises pour chaque séance (N = 53) à une analyse factorielle exploratoire (méthode du composant principal). L'analyse factorielle a fourni quatre groupes analysables d'un point de vue conceptuel après "rotation varimax", qui comptaient pour 43 % de la variance dans les descriptions de tris des items Q.</p>	<p>Autres outils : BDI, SCL90R, ATQ, MMPI, SAS, IIP PQS : moyenne des items/53 séances de thérapie puis identification des + et – caractéristiques. Puis analyse factorielle et rotation varimax.</p>
<p>Ablon, JS, Jones EE, (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. <i>Psychotherapy Research</i>, 8, 71-83</p>	<p>Le but est d'identifier les ingrédients actifs du processus psychothérapie. Construction de prototypes de psychothérapies PD et TCC. Étude du degré de congruence entre les prototypes et 3 échantillons de traitement menés dans la réalité (2 PD, dont un pour des patient avec PTSD et 1 TCC)</p>	<p>PQS : coef alpha, corrélation entre les items identifiés par expert et ceux de l'instrument et émergence des points de vue puis score des facteurs pour les + et -caractéristiques d'une théorie. Rotation Varimax. Régression linéaire Corrélation des prototypes avec séances réelles dans les deux types de thérapie.</p>
<p>Ablon JS, Jones EE.. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 1999 ; 67(1): 64-75.</p>	<p>Evaluation de deux types de thérapie avec le PQS : TCC et IP (en partant du programme de la NIMH).</p>	<p>Autres outils : HRSD, BDI, GAS, PQS : impression d'une simple moyenne. Corrélations aux résultats donnés par le BDI et l'HRSD.</p>
<p>Jones EE <i>Therapeutic Action. A Guide to psychoanalytic Therapy</i>. Jason Aronson Inc. 2000 ; 253 :270</p>	<p>Ouvrage de Jones consacré à l'action thérapeutique.</p>	
<p>Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. <i>American Journal of psychiatry</i> 2002 ; 159 : 775-783</p>	<p>Reprise des études du NIMH comme données cliniques. Le point de départ est de comparer les prototypes de deux psychothérapies à l'évaluation de ces deux types de psychothérapies menées en situation naturelle. Nous partons donc du même objectif que l'étude de 1998 mais la comparaison se fait avec une nouvelle psychothérapie l'IPT. Nous aurons donc à partir de cette étude les prototypes étudiés ici la TCC et l'IPT et ceux déjà fournis dans l'étude de 98 la PD. Les résultats montrent une remise en question des noms de marques, c'est-à-dire que les psychothérapeutes, bien que disant utiliser un type de psychothérapie font largement des emprunts aux autres types.</p>	<p>outil diagnostique depression : Hamilton Depression Rating scale et Beck Depression Inventory Fonctionnement : Global Assessment Scale (GAS) auto questionnaire patient : HSCL-90</p>
<p>M. M. Coombs, D. Coleman, and E. E. Jones. Working with feelings : the importance of emotion in both cognitive-behavioral an interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. <i>Psychotherapy: Theory/ Research/Practice/Training</i>, 2002, Vol. 39, No. 3, 233–244</p>	<p>Reprise des études du NIMH comme données cliniques. Exploration de l'émotion du patient et la position du thérapeute concernant les affects et les relations sur les résultats dans 128 psychothérapies de deux types, la TCC et l'IPT, évaluées avec le PQS.</p>	

	<p>Pole N, Ablon S, O'Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique corrélates with change in a single case. <i>Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training</i> Copyright 2002 by the Educational Publishing Foundation, 2002, Vol. 39, No. 1, 88–96</p>	<p>Les auteurs reprennent ici la technique des prototypes pour la comparaison entre ceux-ci et la psychothérapie menée en condition naturelle. Une nouvelle psychothérapie est évaluée pour en élaborer la structure idéale (prototype). C'est une psychothérapie, appelée « Control Mastery Therapy » (CMT qui intègre des éléments de la thérapie cognitive, psychodynamique et humaniste). Les auteurs ici se sont focalisés sur un cas unique (Dépression majeure chez une femme de 30 ans) en évaluant l'affect du patient, la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique. Dans cet article, le PQS n'est pas cité mais les prototypes concernent les items du PQS et il est fait référence aux auteurs qui l'ont construit, d'ailleurs Ablon participe à cet article. Un article des mêmes auteurs reparle des prototypes CMT en abordant d'autres questions.</p>	
	<p>ABLON JS, JONES EE.. On analytic process. <i>J Am Psychoanal Assoc.</i> 2005 ; 53(2): 541-568.</p>	<p>Il s'agit ici d'identifier et évaluer le processus de changement dans les traitements psychanalytiques suivant trois types : psychanalyse, thérapie analytique longue et thérapie psychodynamique. Ces trois types ont été comparés au prototype élaboré par un panel d'expert concernant la séance idéale de psychanalyse. Cette étude démontre que le processus psychanalytique peut être opérationnalisé et évalué quantitativement. Par ailleurs, qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas qu'un seul processus analytique, et au contraire, qu'il y a un processus unique de changement à chaque dyade. A partir de deux études de cas, Un modèle bi personnel est décrit qui tente de faire un lien entre les théories de l'action thérapeutique qui se centrent sur l'insight et la compréhension de soi, et celles qui mettent l'accent sur l'expérience qu'a le patient du thérapeute.</p>	

	<p>Ablon JS; Levy R, Katzenstein T.. Beyond brand names of psychotherapy : identifying empirically supported change processes. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> 2006 ; 43(2): 216-231.</p>	<p>Les buts de cette étude sont de 5 ordres : 1. examiner le degré de changement associé à la psychothérapie en situation naturelle pour un trouble panique ; 2. identifier quel processus de traitement idéal (prototype) caractérise le mieux les traitements ; 3. identifier quels processus idéaux sont les plus prédictifs de résultats positifs ; 4. identifier les éléments les plus et les moins caractéristique du processus des traitements à un niveau spécifique et a-théorique ; 5. identifier quelles variables spécifiques du processus prédisent des résultats positifs.17 patients traités par des cliniciens d'orientation psychodynamique ont été suivis durant 21 séances en moyenne pour un trouble panique. L'analyse intensive du processus des différents traitements a révélé que les traitements étaient caractérisés par des éléments intégratifs : l'adhésion au processus cognitivo-comportemental était la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique a été, cependant, l'élément le plus prédictif des résultats positifs. Des facteurs prédictifs de processus spécifiques des résultats ont été identifiés en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set.</p>	
	<p>Pole N., Ablon JS, O'Connor LE.. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long- Term Single-Case Research. <i>Journal of Counseling Psychology</i> 2008 ; 55(2): 221-232.</p>	<p>Utilisée pour tester les modèles de changement, cette étude de cas unique, en présente une méthodologie qui s'organise à partir des prototypes d'une psychothérapie (CMT) comparés à une évaluation de psychothérapie menés par des cliniciens d'obédience différente : En utilisant des corrélations entre les estimations idéales et réelles du PQS, les auteurs ont comparé l'adhérence au prototype de CMT à l'adhérence aux modèles alternatifs plausibles préconisés par les experts en matière de PDT et de CBT. Les analyses de séries chronologiques bivariées ont déterminé si l'adhérence de prototype a prédit un index de changement de symptôme.</p>	<p>Instruments : DSM-IV BDI, HRSD, SCL-90-R GSI (Global Severity Index) Analyses de séries chronologiques bivariées.</p>
Articles d'application du PQS			
	<p>Sirigatti Saulo . Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. <i>Brief Strategic and Systemic Therapy European Review</i> 2004 ; 1(): 194-207.</p>	<p>L'objectif de la recherche s'est focalisé sur trois points : 1/ identifier les différences et les similitudes dans le processus en relation avec différentes pratiques : systemique, TCC et stratégique brève ; 2/ individualiser les processus comme facteurs prédictifs de résultats de la psychothérapie examinée ; 3/ détecter des différences et des similitudes dans le processus en relation aux différences psychopathologiques. Afin de déterminer les descriptions du processus qui caractérisent le mieux chaque traitement, les items qui sont les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés.</p>	

	<p>Kramer U., de Roten Y., Despland J-N.. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. <i>Pratiques psychologiques</i> 2005 ; 11(): 359-370.</p>	<p>Recherche pour tenter de saisir si les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire. La méthode a été à nouveau d'identifier des prototypes dans trois approches et de les comparer à des psychothérapies en pratiques réelles.</p> <p>L'instrument a été utilisé pour des premières séances de psychothérapie de six cas provenant de trois orientations différentes (psychodynamique, familiale-systémique, et comportementale et cognitive). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.</p>	
	<p>Schottenbauer Michele A., Arnkoff Diane B., Glass Carol R. and Gray Sheila Hafter.. Psychotherapy for PTSD in the Community: Reported Prototypical Treatments. <i>Clinical psychology and psychotherapy</i> 2006 ; 13 : 108-122.</p>	<p>Étude de traitement psychothérapeutique pour un PTSD à partir de différents types de psychothérapie : psychodynamique, psychanalytique, TCC. Les résultats ont fait apparaître une hétérogénéité significative parmi les cliniciens. Parmi ceux qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était psychodynamique, trois traitements prototypiques ont été découverts, et parmi les cliniciens qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était cognitivo-comportementale, quatre traitements prototypiques ont été trouvés. De façon générale, les prototypes dans l'étude actuelle ont été corrélés, sans leur être identiques, à des prototypes de thérapies psychodynamique, cognitivo-comportementale ou interpersonnelle qui ont été développées dans des études précédentes, basées sur les cotations des experts.</p>	<p>méthodes d'analyse : Varimax rotation</p>
	<p>GOODMAN Geoff. psychoanalytic research : progress and process II "I feel stupid and contagious" : quantitatively based methodes of assessing supervisee competence in clinical supervision.. <i>psychologist-psychoanalyst</i>. Official publication of division 30 de l'APA 2007 ; 27(3): 16-22.</p>	<p>Cet article veut démontrer l'utilité du PQS pour la supervision. Son auteur décrit son expérience de superviseur utilisant le PQS et CPQ selon 4 domaines de compétences supervisées en supervision clinique : 1. l'adhérence à l'orientation théorique ; 2. les interventions spécifiques du thérapeutes ; 3. le comportement verbal et non verbal du patient ; 4. les paradigmes de transfert et contre-transfert.</p>	
	<p>Schneider C, Midgley N, Duncan A</p>	<p>A «Motion Portrait» of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the child psychotherapy Q-set.</p>	

3. M. Thurin. PQS, CPQ et APQ, trois formats d'un instrument de processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent.

Monique Thurin [texte non finalisé ©]

- INTRODUCTION

C'est avec le recul de cinq années d'utilisation du *Psychotherapy Process Q-set*, instrument permettant une évaluation du processus de la psychothérapie, que nous avons souhaité le présenter dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies. Les instruments évaluant le processus de la psychothérapie sont rares, tout du moins lorsque le clinicien veut cerner différentes dimensions du processus. Nous aborderons plusieurs points dans cet article, notamment, ce que nous entendons par « analyser le processus psychothérapeutique » et partant des évaluations classiques existantes, ce qui nous a amené à choisir le PQS.

Nous aborderons ensuite la présentation de l'instrument en action, à partir de sa conception par ses auteurs Jones et al. et de son utilisation dans différentes recherches internationales.

Pour finir, nous aborderons son implication dans un programme de recherche, dans le cadre d'un Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques, proposé aux cliniciens dans le contexte de leur pratique naturelle, aussi bien dans sa version adultes (PQS, Jones et al.) que sa version enfants (Child Psychotherapy Q-set (CPQ, Scheiner et Jones).

Nous présenterons l'instrument proprement dit en annexe ainsi que sa méthodologie (méthodologie du Q-sort, mise au point par Stephenson, physicien et psychologue anglais (1953)). Les deux versions adulte et enfant, sont traduites en français.

- ANALYSER LE PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPIQUE

Dans ce chapitre, nous différencions deux types d'études¹⁰⁵, les plus nombreuses sont les études « pré-post » (comparaison des résultats entre le début et la fin de la thérapie à partir d'une ou plusieurs mesures) et celles qui commencent vraiment à se focaliser sur les possibilités d'évaluer les changements et ce qui les provoque que sont les études « processus-résultats ». Nous aborderons ensuite, les spécificités du PQS, de sa mise au point par ses auteurs à son utilisation en pratique.

- Evaluation des résultats (pré-post thérapie)
- L'énigme du dodo-bird verdict : comment tenter de la résoudre ?
- Evaluation processus-résultat : mettre en relation les résultats avec l'action thérapeutique

Avec les études processus-résultats, nous nous intéressons à la question des changements qui se produisent au cours d'une psychothérapie. Il s'agit ici de distinguer les changements, mais également d'en saisir la nature et d'essayer d'en appréhender la logique (si elle existe). Nous avons besoin de savoir quels sont éventuellement les types d'interventions du thérapeute qui ont pu agir sur les changements au cours du temps, mais également ce qui les a amenés en rapport avec la situation générale du patient en évolution.

105 Pour une revue complète des différents types d'études, voir Thurin JM & Thurin M. (2007) Evaluer les psychothérapie. Dunod.

- CONSTRUCTION ET UTILISATION D'UN INSTRUMENT PAN THÉORIQUE ADAPTÉ AU PROCESSUS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

1. Construction du Psychotherapy Process Q-set (PQS) / Questionnaire de configuration du processus psychothérapique

L'instrument de Jones et *al.*, utilisant la méthodologie du Q-sort¹⁰⁶ a été développé sur une période de plusieurs années. La première version de 1985 (non publiée)¹⁰⁷ a été revue et corrigée à partir de son application lors de différentes études. Jones propose alors un premier manuel de l'instrument réalisé à partir de l'expertise de plusieurs psychothérapeutes qui ont formulé des items correspondant à ce qu'ils appréhendent comme ingrédients spécifiques pour leur technique. Ces items, au nombre de cent, sont une compilation de toutes ces approches. Ce sont des formulations simples que les cotateurs doivent apprécier à partir d'une séance transcrite de psychothérapie.

Nous présenterons en annexe la version 2000 qui est utilisée à présent. Il peut être utile de s'y rapporter avant de lire la suite de cet article. Pour commencer, disons qu'une des grandes qualités du PQS est d'être pan théorique. Cette qualité lui donne la possibilité d'être utilisé par n'importe quel clinicien de n'importe quelle approche.

Analyser le processus dans le cadre des psychothérapies nécessite de bien éclairer les différentes composantes. Quelles sont-elles ? D'abord le patient, le thérapeute, leurs interactions (incluant le cadre thérapeutique). Ensuite, concernant le patient, ses troubles, leur gravité et la situation de départ du patient pour les aborder [préciser les différents registres dans lesquels le patient est abordé] ; concernant le thérapeute, son expérience (incluant sa théorie) et son empathie. Enfin, concernant la psychothérapie proprement dite, les effets de l'action thérapeutique sur les changements du patient et bien sûr, un élément non négligeable, le temps [préciser la description du thérapeute]. Tous ces éléments sont identifiés et nous pouvons les retrouver classés en « facteurs communs » et « facteurs spécifiques » .

2. Utilisation du PQS en pratique et en recherche

Nous allons suivre le cheminement des auteurs du PQS qui ont cerné un certain nombre de questions très intéressantes qui ouvrent une réflexion sur le processus et permettent d'aller plus loin. Aborder les caractéristiques du processus en psychothérapie n'est pas chose facile et la construction d'un instrument dédié à cet effet nous apporte bien des informations. Nous verrons comment les auteurs ont tenté de caractériser les éléments qui concernent des situations particulières, à la fois directement et en les mettant en relation à un modèle idéal d'approche. Après avoir situé les limites du manuel à la fois pour aider des personnes en souffrance et aussi parce que différentes études ont montré que c'était un exercice qui allait à l'encontre de l'ajustement spontané que réalisent les praticiens chevronnés, ils ont élaboré une méthodologie permettant de distinguer les pratiques de psychothérapie suivant la référence théorique principale du thérapeute, leur idée/distance avec ce qui serait le modèle théorique

¹⁰⁶ La méthode est explicitée au paragraphe 3

¹⁰⁷ Jones, E. E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-Set. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

caractéristique (prototype de chacune des thérapies et en fonction des troubles pour lesquels la thérapie est mise en œuvre. Cette mise en rapport a été réalisée à partir des données cliniques à leur disposition et c'est ainsi que nous retrouverons un certain nombre d'études ayant pris comme données cliniques celles des psychothérapies effectuées pour le programme de la dépression du NIMH (*National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*). D'autres données issues de la clinique ont également été utilisées dans ces études, notamment concernant des troubles névrotiques, le PTSD, le trouble panique... C'est sur une période s'étalant de 1985 à 2008 que nous avons suivi cette construction et les applications qui en sont issues.

Aborder le processus nous fait entrer dans la complexité des facteurs qui le composent. C'est bien la question que se sont posés les auteurs dès 1988 qui ont cherché dans une première étude à déterminer « les effets des facteurs spécifiques », alors que la tendance était de considérer que c'était principalement les effets des facteurs non spécifiques qui faisaient avancer la psychothérapie, autrement dit que la technique du thérapeute n'était que peu impliquée dans les résultats.

Ensuite, nous voyons apparaître des études concernant un axe particulier, par exemple celle de 1992 concernant « l'évolution des thématiques dans le cadre de psychothérapies psychodynamiques à partir de troubles névrotiques », ou celle de 2002, « explorant l'émotion du patient et les attitudes du thérapeute » à partir de deux types de thérapie (TCC et IPT). Mais c'est surtout autour de la recherche de la caractérisation du processus que l'on voit de nombreuses études comparant le processus en situation naturelle et celui évalué par des experts de différentes techniques (prototypes). Les différentes théories abordées, qui ont donné lieu à des prototypes sont les suivantes : psychodynamique, comportementale et cognitive, Interpersonnelle et la dernière que nous identifions sous le terme d'Intégrative (Control Mastering Théorie). Les études comparant le prototype à la psychothérapie en situation naturelle, abordent également un certain nombre d'autres questions à partir de pathologies diverses. C'est ce que nous allons voir maintenant.

a) Premières recherches avec le PQS

1. Recherche des effets des facteurs spécifiques, 1988

Une période importante de la recherche sur les psychothérapies a été la mise en évidence que globalement les résultats obtenus par les différentes « marques » de psychothérapie étaient les mêmes. Une tentative d'explication en a été que l'efficacité se situait dans les facteurs communs (les qualités inhérentes à toute relation humaine positive qui affectent les attentes ou la conduite d'une personne), ce qui aurait signifié que toute l'activité spécifique du thérapeute (telle que l'interprétation, l'identification des sentiments ou la correction des distorsions et des croyances à propos de la réalité) était sans objet et que l'action thérapeutique était à rapprocher de l'action placebo en médecine ou de l'alliance

thérapeutique en psychothérapie. **L'étude de 1988**¹⁰⁸ a donc examiné les effets des facteurs spécifiques, c'est-à-dire d'actions bien définies du thérapeute et de « sa technique » (incluant son approche, son style et ses interventions qui peuvent évoluer au cours d'une thérapie) et des comportements et attitudes du patient, sur les résultats de la psychothérapie.

Jones et al. considèrent que le développement du débat à propos des effets non spécifiques est lié soit à un manque de démonstration d'effet différentiel de différents traitements, soit à l'absence d'identification d'une relation entre des classes particulières d'interventions du thérapeute et des résultats du traitement. De nombreux facteurs ont fait discuter la valeur des résultats constatés des thérapies, y compris avec de bonnes mesures : la taille modeste des échantillons, la durée courte des thérapies (en moyenne 15 séances) et le fait que les patients changent rarement de façon identique. Même ceux qui ne sont que peu familiarisés à la recherche s'accorderont sur le fait que les questions cruciales de la recherche en psychothérapie restent l'association entre les processus, à la fois dans ses aspects relationnels et techniques, et les résultats. *Cette association n'a longtemps recherchée qu'à partir d'associations directes et non pas dans la complexité des interactions de variables multiples qui sont le fait de la psychothérapie.* Le but de cette étude a donc été de rechercher la contribution de facteurs spécifiques – c'est-à-dire – d'actions et de techniques du thérapeute bien définies, de comportement ou d'expériences aussi bien que de qualités particulières de l'interaction dans la dyade – au résultat d'un traitement dans une psychothérapie brève, dynamique.

Quarante patientes diagnostiquées souffrant d'un syndrome de stress consécutif à un événement traumatique ou à un deuil ont été prises en charge par un thérapeute d'obédience psychodynamique pour une psychothérapie brève de 12 séances. Ces patientes, pour être incluses devaient avoir souffert de symptômes caractéristiques du syndrome post traumatique tels que des idées intrusives, des images ou des sentiments relatifs à l'événement traumatique ou une insomnie, des cauchemars ou des flashbacks, des signes d'évitement (tels qu'une tentative de travail excessive ou la conscience d'éviter des rappels de l'événement), étaient également pris en compte dans l'identification du syndrome. Les résultats ont été évalués à partir de six instruments de mesure (BSI, GSI, IES, Experience of stress scale, SRRS, BPRS). Le processus a été évalué à partir des transcriptions des séances de thérapie avec le *Psychotherapy Process Q Sort*. Les patientes ont été revues par le même clinicien quatre mois après la fin de la psychothérapie.

Les résultats (pré-post thérapie) ont démontré que les facteurs spécifiques étaient en effet prédictifs des résultats du traitement, bien qu'habituellement en interaction avec la gravité des troubles du patient avant le traitement. Les caractéristiques du processus concernant les résultats positifs, avec des patients plus ou moins perturbés, ont mis en parallèle la distinction reconnue depuis longtemps entre les approches « d'expression » et « de soutien ».

108 JONES EE, GUMMING JD & HOROWITZ MJ.. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988 ; 56(1): 48-55.

Les résultats montrent bien que ce qui intervient dans le changement du patient est plus complexe que ce qu'implique l'hypothèse de l'efficacité thérapeutique « non spécifique ». Les thérapeutes dont il a été constaté de meilleurs résultats utilisent clairement différentes techniques suivant le niveau de perturbation des patients. Leurs interventions ont probablement été guidées et déterminées par leurs évaluations des forces et des faiblesses caractérogiques et émotionnelles de leurs patients. Autrement dit, les thérapeutes qui ont eu de bons résultats avec des patients plus perturbés ont modifié le modèle « recommandé » du traitement des troubles post traumatiques de façon plus appropriée à la nature des difficultés de leurs patients. Les différences dans la nature du processus thérapeutique qui ont conduit à des résultats bénéfiques chez des patients plus ou moins perturbés rejoignent la distinction de Sifneos (1972), entre les approches de suppression de l'anxiété et de provocation de l'anxiété dans les thérapies brèves ainsi que les traitements « de soutien » et « d'expression » définis par l'étude Meninger (Wallerstein, 1986).

Il semble que jusqu'alors on se soit focalisé sur des associations simples et directes en omettant des corrélations cohérentes entre les aspects spécifiques et les résultats. On a ainsi exclu d'autres variables potentielles. L'évaluation du processus avec le PQS dans cette étude montre qu'un aspect particulier du processus isolé (par exemple l'activité du thérapeute ou les interprétations du transfert) pourrait ne pas être un indice cohérent de changement mais qu'il pourrait prédire le changement en interaction avec certaines qualités du patient.

L'étude présente pose la question de la distinction couramment utilisée entre technique ou pratique et facteurs généraux de la relation tels que l'alliance thérapeutique. Les données arguent fortement que les interventions spécifiques, intentionnelles importantes, forment et définissent les relations. Un thérapeute qui fournit une réassurance gratifiante, offre des conseils et des encouragements, aide le patient à se focaliser sur ses problèmes particuliers, évite d'évoquer les affects difficiles, crée une relation particulière, qui sera d'un autre ordre que celle du thérapeute qui insiste sur les expériences affectives du patient et discute la nature de la transaction entre elles.

Les limites de cette étude, comme le soulignent les auteurs, sont qu'il s'agit d'une part de psychothérapies brèves et que, d'autre part, la pathologie abordée est la même. Il ne convient pas ici de faire des généralisations, mais nous verrons que d'autres études peuvent appuyer certains des résultats ici avancés.

2. Le processus psychothérapeutique comme témoin de la transformation des significations attribuées à la réalité dans le cadre de troubles névrotiques, 1992

Dans un article de 1992¹⁰⁹, Jones et *al.* ont étudié l'évolution des thématiques au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève (16 séances), réalisée en pratique privée chez trente

109 JONES EE, PARKE LA & PULOS S. How therapy is conducted in the private consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments.. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(): 16-30.

patients (20 femmes et 10 hommes) présentant des troubles névrotiques¹¹⁰. Les transcriptions entières des séances de thérapie ont été évaluées par des cotateurs externes en utilisant la variation des scores de la SCL-90 et pour le processus à partir du PQS. L'échantillon a démontré un changement statistiquement significatif entre le début et la fin du traitement et une majorité de patients ont montré au moins un critère de changement cliniquement significatif. Une perspective longitudinale du processus suggère que ces traitements ont été caractérisés par ce qui pourrait être décrit comme une orientation graduelle, allant d'une construction externe de la réalité orientée par les difficultés personnelles vers un accent mis sur l'expérience intérieure et la relation avec le thérapeute. Les résultats sont modélisés par *une conceptualisation du processus qui n'est pas celle d'un déroulement discret mais comme une série d'actions qui se définissent et se donnent mutuellement une signification ainsi qu'au contexte. Cette conceptualisation appréhende de façon plus adéquate les réalités cliniques et est un modèle plus intéressant pour la recherche que la vision conventionnelle des processus constitués d'éléments uniques et fixés qui, les uns après les autres, contribuent au résultat.*

Les thérapeutes, au nombre de quinze utilisent le modèle de la psychothérapie psychodynamique. Le but de l'étude n'est pas de prescrire l'activité du thérapeute mais de décrire ce qu'ils font actuellement dans leur pratique privée. Les évaluations des séances réalisées avec le PQS sont effectuées par des étudiants en psychologie clinique, formés à l'instrument.

Les résultats, à partir des items du PQS, montrent qu'au fur et à mesure que le traitement progressait, les patients exprimaient moins leur détresse psychologique en termes de symptômes et plaintes physiques, et blâmaient moins les autres ou les forces externes pour leurs difficultés. Avec le temps, les thérapeutes ont fait plus d'observations sur les sentiments et les idées qui étaient restés à distance ou rejetés de leur conscience, et les patients ont acquis parallèlement une meilleure compréhension, plus perspicace et plus aboutie de leurs problèmes. Le changement s'est également manifesté dans le rapport thérapeute-patient : la discussion par les patients des événements se déroulant en dehors de la thérapie a diminué sensiblement et s'est trouvée remplacé par la relation thérapeutique, c'est-à-dire que les aspects de l'interaction ou du processus interpersonnel entre le patient et le thérapeute, sont devenus un aspect important de leur dialogue. Les configurations des items ont confirmé, à l'appui des résultats, que les traitements réussis ont été caractérisés par ce genre de mouvement dans le processus de la thérapie. Moins de résultats positifs, par exemple, ont été associés à de nombreux facteurs qui semblent refléter une orientation plus extériorisée de la part des patients : compter sur leur thérapeute pour résoudre leurs problèmes ; résister à l'examen de leurs pensées et motivations ; et parler sur un mode émotionnel distant. Les patients qui ont réalisé de meilleurs résultats ont atteint un insight plus important. Ils ont également pu vivre une expérience cathartique aidée par leur thérapeute, à la différence des

110 Echantillon présenté dans l'article 1992 (Jones, Parke, Pulos) est constitué de patients souffrant des troubles diagnostiqués suivants : dépression, trouble dysthymique, dépression atypique, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, hypocondrie, trouble dissociatif et dysfonction psychosexuelle (DSM III, 1980)

patients qui ont eu des résultats moins positifs, qui ont lutté pour maintenir le contrôle de leurs sentiments et de l'interaction avec le thérapeute.

Cette étude souligne également l'importance d'obtenir non seulement des représentations « statiques » du processus, c.-à-d., des descripteurs du processus à un moment donné, mais aussi des descriptions « en mouvement » de l'évolution des processus de changement. Cela permet une compréhension du processus comme une succession de configurations qui se prolongent dans le temps.

3. Comparaison des caractéristiques des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale, 1993

Dans un article de 1993¹¹¹, Jones et Pulos rapportent les caractéristiques de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de patients présentant un éventail de troubles névrotiques et de 32 psychothérapies cognitivo-comportementales de patients présentant une dépression majeure. Cent quatre vingt six séances ont été enregistrées, transcrites et évaluées avec le PQS. Les résultats démontrent que, malgré plusieurs caractéristiques communes dans les deux thérapies, il existe des différences importantes entre elles. Les psychothérapeutes psychodynamiques donnent une importance particulière à l'expérience de l'affect par le patient, à la prise de conscience de sentiments qu'il lui était difficile de reconnaître, à l'intégration du passé avec le présent et à l'utilisation active de la relation thérapeutique pour aider le changement. Les thérapeutes TCC utilisent la compréhension objective et la rationalité pour contrôler l'affect négatif, utilisent l'encouragement, le soutien et la réassurance. La question qui s'est alors posée a été de savoir s'il existait des facteurs fondamentaux que les deux traitements partageaient et, partant de là, si de telles dimensions pouvaient être associées à l'efficacité de chacun des traitements. Pour chacun des patients, tous les items des trois séances évaluées ont été soumis à une analyse factorielle (méthode des composantes principales). L'analyse factorielle a rapporté quatre facteurs conceptuellement interprétables après rotation Varimax, qui ont ensemble expliqué 42% de la variance dans les descriptions d'items : facteur 1 : technique psychodynamique ; facteur 2 : technique cognitivo-comportementale ; facteur 3 : résistance du patient (reflétant si le patient était capable ou non de créer une alliance thérapeutique ...) ; facteur 4 : affects négatifs du patient. Pour déterminer si les quatre facteurs de processus étaient associés aux résultats du traitement, les auteurs ont calculé la corrélation partielle des scores de résultats et des scores des patients relatifs à chacun des facteurs. Les auteurs s'attendaient à ce que les scores élevés au PQS dans chacune des deux thérapies soient corrélés à leurs résultats, mais ce ne fut pas le cas. La technique psychodynamique était corrélée de façon significative avec l'amélioration du patient sur quatre des cinq échelles de résultat pour l'échantillon de thérapie cognitivo-comportemental et la technique cognitivo-comportementale ne montrait que pas ou peu d'association avec les résultats. La corrélation de la technique psychodynamique aux résultats dans les thérapies

¹¹¹ Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993 ; 61(2): 303-316.

psychodynamiques a montré une tendance quasi significative, tandis que la technique cognitivo-comportementale a montré une association significativement négative de l'une des quatre des échelles de résultats dans cet échantillon de traitement. Le facteur 3, résistance du patient a été corrélé négativement de façon significative dans les résultats des deux échantillons de traitement (des cinq échelles de résultat dans les TCC et 2 des quatre échelles dans les TPD). Le facteur 4, affect négatif du patient a été corrélé négativement avec les résultats dans les thérapies cognitivo-comportementales sur le MMPI-D par contre, il était positivement associé avec les résultats sur l'une des quatre échelles (PPRS coté par le thérapeute) dans les traitements psychodynamiques. Cette corrélation contradictoire pourrait s'expliquer par le statut de l'affect dans chacune des thérapies, son contrôle dans les TCC, son exploration et son expression dans les TPD.

La question centrale de cette étude était de savoir jusqu'à quel point les données de processus sont utiles pour vérifier ou falsifier les constructions théorico cliniques à partir desquelles ces deux approches thérapeutiques dérivent. Cette étude montre qu'effectivement les processus psychothérapeutiques dans les traitements psychodynamiques et cognitifs sont très différents. Certains théoriciens cognitivo-comportementaux ont fait l'hypothèse que les TCC réalisaient un changement chez le patient en modifiant des configurations de pensée spécifiques inadaptées telle que les attitudes dysfonctionnelles ou des biais d'attribution dépressifs. D'autres, cependant ont suggéré que le principal effet de la TCC se tient dans l'aide apportée au patient d'atteindre un contrôle plus grand de leur pensée dépressive et d'offrir des stratégies alternatives d'ajustement (*coping*) telles que la distraction, la gestion de la pensée négative et des activités apportant plus de plaisir et de maîtrise plutôt que dans la modification des pensées dysfonctionnelles. Les données suggèrent ici que ces traitements, tels qu'ils sont conduits, renforcent le contrôle cognitif de l'affect négatif à travers la rationalité et l'intellectuel, combinés avec un encouragement vigoureux, un soutien et une réassurance de la part du thérapeute. Il existe en fait plusieurs approches cognitivo-comportementales, en particulier « rationalistes » et « développementales ». Beaucoup d'éléments de l'approche développementale sont contenus dans le facteur de processus qui est ici désigné comme technique psychodynamique (facteur 1). Le niveau suivant lequel les TCC contenaient des ingrédients de la technique psychodynamique a été associé à un résultat positif. En fait, c'était le facteur associé de la façon la plus permanente avec les résultats favorables de traitement dans les deux thérapies. Le cœur commun du processus thérapeutique dans les deux approches pourrait bien se situer dans ce domaine.

Cet article permet d'appréhender comment les auteurs ont cerné les items les plus caractéristiques et les moins caractéristiques à partir de l'utilisation du PQS pour chacune des thérapies en rapport avec les caractéristiques des patients. Les psychothérapeutes psychodynamiques ont suivi des patients avec des troubles névrotiques¹¹² et les

¹¹² Echantillon présenté dans l'article 1992 (Jones, Parke, Pulos) est constitué de patients souffrant des troubles diagnostiqués suivants : dépression, trouble dysthymique, dépression atypique, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, hypochondrie, trouble dissociatif et dysfonction psychosexuelle (DSM III, 1980)

psychothérapeutes cognitivo-comportementalistes des patients souffrant de dépression majeure. Cette étude montre également comment l'analyse et la comparaison des facteurs actifs du processus dans différentes thérapies peut orienter vers ce qui serait un facteur commun de leur efficacité et également de leur inefficacité, ici la résistance du patient.

4. Interaction patient-thérapeute et changement, 1993

Dans un article de 1993¹¹³, Jones, Ghannam, Nigg et Dyer présentent une étude qui exemplifie clairement un paradigme de la recherche sur cas clinique isolé dans le champ des psychothérapies. Une patiente chez laquelle le diagnostic de trouble dépressif majeur avait été porté a été reçue pendant deux ans et demi dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique au rythme de deux séances par semaine. Chaque séance a été enregistrée au magnétoscope, et une évaluation des changements observés chez le patient a été réalisée à intervalle régulier. Le fait de démontrer de manière convaincante le lien entre ce qui survient au cours de la séance et les changements observés chez le patient représente un des défis majeurs de la recherche sur les psychothérapies. Les méthodologies conventionnelles de comparaison entre groupes ou d'essais cliniques contrôlés se sont avérées assez peu efficaces pour le repérage d'associations entre le processus de la thérapie et son issue (Garfield, 1990) ; il faut donc de nouvelles approches.

Cette étude intensive d'un cas clinique définit clairement un paradigme interactionnel et contextuel de l'étude du processus thérapeutique. Elle vise à saisir l'influence réciproque s'exerçant entre le thérapeute et le patient, les modalités de leur relation, et le processus de changement dans un cadre longitudinal. Les auteurs ont choisi l'analyse de séries temporelles comme stratégie méthodologique, non seulement pour modéliser les fluctuations du processus tout au long de la psychothérapie, mais aussi pour établir des liens entre le processus et le changement chez le patient.

La patiente est âgée de 35 ans au début du traitement. Elle a divorcé environ dix ans plus tôt et a eu 3 enfants de ce mariage. Actuellement, la patiente et ses enfants vivent avec un homme qu'elle a épousé au cours de la thérapie. Elle se plaint d'être tombée dans une spirale émotionnelle lorsque son fils aîné, âgé de 16 ans, a exprimé le désir de vivre avec son père, son ex-mari. Son premier épisode de dépression sévère est survenu 6 ans avant, au cours d'une année où elle subit deux avortements. Elle a alors été traitée par un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs et a eu avec lui quelques séances de psychothérapie. La patiente dit que les médicaments ont alors allégé ses symptômes d'insomnie et de perte d'appétit, mais que cette thérapie ne lui a semblé aller nulle part.

Afin d'identifier les descripteurs du processus qui caractérisent le plus fortement la thérapie actuelle, la moyenne de chacun de 100 items du PQS a été calculée à partir des cotations respectives de ces items pour les 53 séances sélectionnées à intervalles réguliers tout au long du traitement (toutes les 4 séances). Les items ont été classés par ordre et les 10 items les plus

¹¹³ Jones EE, Ghannam J, Nigg JT et Dyer JFP. A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1993, 61(3):381-394.

et les moins caractéristiques ont été ainsi identifiés. Les moyennes des items allaient de 7,7 à 1,85 sur la répartition en neuf points. Dans le récapitulatif de ces items les plus et les moins caractéristiques, la stratégie d'organisation des items a été choisie en fonction de leur cohérence sémantique plutôt qu'à partir d'un classement statistique, de sorte que les résultats puissent se prêter plus rapidement à une interprétation clinique. Par exemple : la patiente (Mme M), au cours de la thérapie a été docile (Q20,r¹¹⁴), confiante (Q44,r) et pas exigeante (Q83,r), et elle coopérait avec sa thérapeute (Le Docteur X) plutôt que d'essayer de contrôler leur interrelation (Q87,r). Elle s'est sentie comprise par elle (Q14,r), a accepté en général ses commentaires et observations (Q42,r). Elle n'a que rarement eu des difficultés à commencer la séance (Q25,r) et, ce qui était compatible avec ce point, elle s'est montrée active en initiant des sujets de discussion (Q15,r) et en apportant des problèmes et des matériaux significatifs pour la thérapie (Q88). De son côté, la thérapeute s'est montrée empathique, impliquée sur le plan émotionnel avec la patiente (Q9,r) et confiante ainsi que sûre d'elle-même (Q86). Elle a assumé un rôle positif (Q45) et pédagogique (Q37), et n'a pas pris généralement la position d'un commentateur neutre (Q93,r). L'image qui émerge d'elle est celle d'une thérapeute qui explique, assume un rôle actif de soutien, donne son opinion et des encouragements directs à la patiente.

Les relations interpersonnelles de la patiente ont constitué un sujet d'importance majeure au cours des séances (Q63), et le discours thérapeutique a mis l'accent sur l'aspect cognitif, c'est-à-dire qu'il s'est centré sur les idées ou croyances de Mme M sur elle-même ou les autres (Q30). Les interprétations de sa thérapeute ont concerné plus généralement des personnes réelles de la vie de Mme M (Q40), et elle a fait des commentaires ou interprétations sur le sens éventuel des comportements perturbants de ces personnes (Q43). La nature psychodynamique de ce traitement se reflète dans certains aspects de la technique utilisée par la thérapeute, dont les plus importants concernent les interprétations qui ont établi un lien entre les sentiments ou expériences actuels de Mme M et ceux du passé (Q92), ainsi que l'identification de schémas récurrents dans son expérience de vie et son comportement (Q62).

Afin de déterminer si certaines dimensions du processus thérapeutique pouvaient être identifiées, on a soumis les notes Q obtenues pour chaque séance (N = 53) à une analyse factorielle exploratoire (méthode en composantes principales). Cette analyse a identifié quatre groupes analysables d'un point de vue conceptuel après "rotation varimax" : le facteur 1 « approbation/neutralité du thérapeute », traduit l'approbation sans jugement du docteur X, son empathie et son travail d'aplanissement des difficultés comme sa perception précise de l'expérience qu'a la patiente de la relation thérapeutique. Le facteur 2 « interactivité du thérapeute », traduit les réponses personnelles et émotionnelles du docteur X à l'encontre de la patiente, son contrôle de l'interaction avec elle, et son style pédagogique, stimulant et faisant autorité. Il comprend également ce qui est vraisemblablement la réaction de la patiente à cette approche, c'est-à-dire sa difficulté à comprendre le docteur X et son sentiment d'être

114 « r » signifie que la formulation de la question a dû être inversée pour être adaptée aux autres formulations, par exemple une formulation fortement coté négativement « la patiente est méfiante » devient « la patiente est confiante » (si elle n'est pas méfiante, elle est plutôt confiante).

mal comprise. Le facteur 3, ou « technique psychodynamique », comprend les actions du docteur X que l'on associe conventionnellement à une approche psychodynamique, notamment l'interprétation des désirs, sentiments ou idées réprimés ou inconscients, l'accent mis sur les sentiments que la patiente considère comme inacceptables, l'interprétation des défenses, l'explication de la signification des fantasmes et le fait de rendre possible l'émergence des difficultés ou les conflits dans la relation thérapeutique sans chercher à apaiser ou satisfaire la patiente. Le facteur 4 « affect dysphorique du patient », traduit la dépression de la patiente, son anxiété et d'autres affects douloureux et aussi sa tentative de suppression ou de contrôle de tels sentiments au cours des séances. Les scores factoriels des séances de thérapie, en tant que première étape d'une tentative d'identification des aspects du processus associés au résultats de la thérapie, ont été corrélés au GSI ou au SLC 90-R.

L'analyse du processus a montré que l'attitude neutre et facilitante du Docteur X, au cours de la première partie de la thérapie, s'est modifiée avec l'intensité de l'affect dépressif de Mme M qui a conduit graduellement le Docteur X à prendre une posture plus réactive et impliquée. Ce changement dans la nature du processus a entraîné une réduction graduelle du niveau symptomatique. Ce changement d'attitude n'a concerné qu'un moment de la thérapie et a été interprété comme une attitude liée au transfert, relativement à l'histoire de Mme M avec sa mère.

b) Construction de prototypes pour différentes psychothérapies : Psychodynamique, comportementale et cognitive, interpersonnelle et intégrative (CMT)

1. Recherche du degré de congruence entre trois psychothérapies menées en conditions naturelles et les « prototypes » d'un traitement idéal psychodynamique et cognitivo comportemental. Discussion des ingrédients de leurs efficacités respectives, 1998

Dans l'étude de 1998¹¹⁵, Ablon et Jones présentent un complément important à la méthodologie novatrice qu'ils proposent pour identifier les caractéristiques du processus psychothérapeutique et ses ingrédients actifs.

Dans un premier temps, « des prototypes » des thérapies psychodynamique et cognitivo-comportementale ont été développés par un panel d'experts expérimentés pour chacune de ces deux thérapies. Chaque membre des panels de thérapeutes experts a été invité à classer les 100 items du questionnaire sur une échelle de 1 à 9, suivant sa concordance avec les principes de sa perspective théorique. A la fin de cette estimation, chaque expert a été invité à décrire un aspect important du processus thérapeutique qui n'aurait pas été fourni par les 100 items du

115 Ablon, JS, Jones EE, (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy.

PQS. Aucun des experts n'a indiqué qu'il manquait un domaine important du processus, suggérant ainsi que le PQS est pertinent pour créer des prototypes des deux types de thérapie.

Dans un second temps, les des séances réelles de psychothérapie qui avaient été déjà évaluées en utilisant le PQS, ont été corrélées aux prototypes afin de déterminer à quel niveau de proximité les traitements réels se situaient par rapport aux prototypes idéaux. Trois ensembles d'exemples de traitement archivés, deux de traitements brefs psychodynamiques (N = 30 ; N = 38 (PTSD)) et un de traitement cognitivo-comportemental (N = 32) ont été utilisés dans les analyses. Quand plusieurs séances pour un patient donné avaient été évaluées, les items étaient ramenés à une moyenne pour obtenir un score par item pour chaque patient.

Une conclusion remarquable a été que des formulations du PQS ont été franchement corrélées avec le prototype cognitivo-comportemental dans les deux échantillons de traitements psychodynamiques. Les thérapeutes psychodynamiques ont appliqué une quantité notable de stratégies cognitivo-comportementales en plus des stratégies psychodynamiques dans le premier échantillon psychodynamique et presque autant de stratégies cognitivo-comportementales que de stratégies psychodynamique dans le second échantillon relatif au traitement psychodynamique avec des patients PTSD. En revanche, dans l'échantillon cognitivo-comportemental, la corrélation des items avec le prototype cognitivo-comportemental était positive et élevée, alors que la corrélation était négative avec le prototype psychodynamique. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont donc appliqué beaucoup plus leur méthode, et n'ont pas mis en œuvre un processus psychodynamique. Les traitements cognitivo-comportementaux ont semblé suivre le modèle cognitivo-comportemental de près. Les traitements psychodynamiques étudiés ont clairement inclus un ensemble d'interventions plus diverses. Les techniques cognitivo-comportementales ont constitué, d'une certaine façon, un sous-échantillon des techniques mises en œuvre par les thérapeutes psychodynamiques.

Pour résumer : cette étude a examiné les différences entre les prototypes de thérapies psychodynamiques et TCC tels qu'ils ont été définis par des experts de chacun des champs. Ablon et Jones (1998) ont demandé à des cliniciens de ces deux orientations théoriques de décrire un traitement prototypique pour des patients présentant une pathologie non spécifiée en utilisant le PQS. Ils ont constaté que le prototype psychodynamique était sensiblement différent du prototype cognitivo-comportemental. Par exemple, les items du Q-set rangés comme les plus caractéristiques de la psychothérapie psychodynamique ont inclus la discussion des rêves ou des fantasmes du patient ; le thérapeute étant neutre ; le thérapeute faisant ressortir l'utilisation par le patient de mécanismes défensifs ; le thérapeute mettant en relation des thèmes dans la relation thérapeutique et d'autres relations ; le thérapeute étant empathique et interprétant des désirs, des sentiments et des idées inconscients. Les items du Q-set rangés comme les plus caractéristiques de la TCC comprenaient la discussion du travail à réaliser entre les séances, les thèmes cognitifs, les buts de traitement du patient, l'encouragement du patient d'essayer de nouvelles façons de se comporter, le contrôle par le thérapeute de l'interaction et son attitude de soutien.

Dans la deuxième partie de l'article, Ablon et Jones (1998) ont étudié les bandes vidéo de la thérapie réelle effectuée à la fois par des cliniciens psychodynamiciens et cognitivo-comportementalistes. L'adhésion au prototype psychodynamique (décrit ci-dessus) a été sensiblement corrélée avec presque toutes les mesures d'amélioration, tandis que l'adhésion au prototype cognitivo-comportemental (décrit ci-dessus) a été sensiblement corrélée avec seulement deux mesures d'amélioration. Cependant, l'adhésion à l'un ou l'autre des prototypes n'a pas été corrélée à l'amélioration dans le groupe des patients avec PTSD, ce qui soulève d'intéressantes questions quant à ce qui a causé les changements dans l'échantillon d'ESPT.

2. Étude de l'alliance thérapeutique, de ses composantes et de ses effets avec le PQS, 1998

Dans un article de 1998¹¹⁶, Price et Jones examinent l'alliance thérapeutique à partir des formulations du PQS qui la concernent et évaluent ses effets comparativement aux résultats des quatre échelles de la CALPAS, dans un échantillon commun de séances de psychothérapie. L'alliance thérapeutique est généralement définie comme la relation positive et de collaboration entre le patient et le thérapeute. Elle est une des peu nombreuses variables de processus dont la recherche a démontré la relation positive avec les résultats de la thérapie. Cependant, sa définition précise reste insuffisante et les mesures qui cherchent à la saisir s'organisent autour de deux grandes approches : les liens émotionnels entre le patient et le thérapeute d'une part, leur implication dans le travail de la thérapie d'autre part. Cette étude a comparé la cotation de l'alliance à partir du PQS avec ceux de la CALPAS, échelle qui est l'une des plus représentatives et utilisée dans ce domaine. L'étude utilise les données cliniques archivées de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de 16 séances en moyenne (déjà décrites dans les articles de 1992 et 1993). Les patients souffrent de troubles névrotiques divers : dépression, trouble dysthymique, trouble anxieux généralisé. Les séances 5 et 14 pour les 30 patients ont été évaluées à partir du CALPAS et du PQS et comparées (n=60 séances). Les auteurs ont fait l'hypothèse que la relation entre les items du PQS et ceux de CALPAS serait relativement stable.

Trois facteurs du PQS permettent de rechercher l'alliance thérapeutique : l'interaction patient-thérapeute, la capacité du patient à s'engager dans la thérapie et le contre transfert du thérapeute. Après de multiples analyses de régression, il ressort que c'est l'interaction patient-thérapeute qui est le principal facteur de prédiction de l'alliance thérapeutique, comme l'ont constaté les évaluateurs utilisant dans cette étude un instrument spécifique de l'alliance thérapeutique, la CALPAS¹¹⁷. Des hypothèses ont été formulées concernant l'association de certains items du PQS avec des items concernant les 4 échelles du CALPAS. Par exemple, l'item du PQS « le patient est introspectif, explore des pensées et des sentiments » (Q97) marque la capacité du patient de travailler dans la thérapie ; le patient est engagé dans le travail de la thérapie (Q73) marque que le patient est engagé ; Il y a une qualité concurrentielle dans la

116 Price P B, Jones EE. Examining the alliance using the psychotherapy Process Q-set, *Psychotherapy*, 1998 : 35 (3) : 392-404.

117 *California Psychotherapy Alliance Scales*

relation (Q39) reflète négativement la stratégie d'un travail en commun ; Le thérapeute est lointain, distant (vs sensible et impliqué affectivement) (Q9) reflète négativement la compréhension et la participation du thérapeute. Au total 33 items du PQS peuvent prédire la parenté avec l'alliance thérapeutique. Cependant, seuls 24 items du PQS ont été corrélés significativement avec les score d'alliance mesurés par la CALPAS et lorsque les items du PQS ont fait l'objet d'une analyse factorielle, seuls 18 d'entre eux ont été corrélés significativement avec l'alliance.

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire du PQS qui ont été présumés pour caractériser l'alliance suggèrent que l'alliance positive est associée à trois aspects du processus de traitement. Ces trois facteurs pourraient être vus comme correspondant aux trois dimensions qui, en partie, définissent la structure de plusieurs mesures d'alliance, à savoir les contributions du patient, les contributions du thérapeute, et les interactions patient-thérapeute.

Les analyses de régression multiples indiquent que l'interaction Patient-Thérapeute explique principalement la variance dans les estimations d'alliance prévues pour les items du PQS alors que les 2 autres facteurs n'expliquent de manière significative aucune variance supplémentaire. Ce résultat suggère que l'interaction Patient-Thérapeute joue un rôle majeur dans la construction de l'alliance, représentant probablement le noyau de la construction.

Le processus interactif décrit par ce facteur est en accord avec les modèles interactionnels courants des constructions telles que l'intersubjectivité, la capacité de tenir une place, et les structures interactionnelles répétées, qui soulignent l'interaction réciproque entre le patient et le thérapeute (Jones, 1997 ; Jones et Price, 1998).

3. Comparaison des psychothérapies comportementale et cognitive et Interpersonnelle dans le traitement de la dépression (reprise des données Cliniques du programme du NIHM), 1999

Dans un article de 1999¹¹⁸, Ablon et Jones présentent une étude qui examine le processus de la psychothérapie dans le *Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression* (TDCRP¹¹⁹) de l'Institut national de santé mentale. Cette étude a réalisé une comparaison entre l'efficacité relative de la psychothérapie Interpersonnelle (TIP) et la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC), un antidépresseur et une gélule placebo. 35 patients pour une TIP et 29 pour une CBT ont terminé la psychothérapie qui a duré en moyenne 16 séances (128 séances au total sont évaluées).

Des transcriptions de trois séances (début, 4^{ème} et 12^{ème}) de psychothérapies Interpersonnelles brèves (TIP) et cognitivo-comportementales (TCC) sont évaluées en utilisant le *Psychotherapy process Q-set* (PQS). Les résultats démontrent qu'il existe des domaines importants de chevauchement et des différences majeures dans le processus des deux thérapies. Les différences concernent en particulier le style du thérapeute, son activité et sa technique.

¹¹⁸ Ablon JS, Jones EE.. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999 ; 67(1): 64-75.

¹¹⁹ Treatment of Depression Collaborative Research Program

Cependant, ces différences ne concernent que moins de la moitié des items car à la fois la TIP aussi bien que la TCC portent un accent sur des thèmes similaires telles que les relations actuelles et l'image de soi. Dans les deux modalités de traitement, les thérapeutes se sont révélés très soutenant et les patients compliants et « agréables ».

Les auteurs soulignent que, dans l'étude très bien menée du NIMH, les résultats ne concernent que les effets des thérapies et pas leur processus. Comprendre ce qui produit le changement thérapeutique requiert l'examen du processus en plus de celui de ses effets. Différentes études ont montré le rôle de l'alliance thérapeutique¹²⁰ en le présentant comme le facteur commun principal. Cependant, les auteurs notent que cette présentation peut introduire une confusion à propos du processus thérapeutique considéré alors comme un tout, ce qui n'explique pas vraiment comment une thérapie aide les patients à aller mieux. Pour le comprendre il est nécessaire d'utiliser un niveau d'analyse plus fine, ce qui a été réalisé avec le PQS.

Dans cet article, les auteurs décrivent précisément la TIP et la TCC dans leurs différentes phases. Cette étude représente également une réplication et une extension de l'étude de 1993 utilisant le PQS pour comparer le processus des thérapies psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Les descriptions du processus de la thérapie par le PQS montrent comment les théories de la TIP et de la TCC ont été conduites en pratique réelle dans le TDCRP. Dans l'étude du TDCRP, le dialogue est centré sur le contexte social immédiat du patient (c'est-à-dire, ses relations interpersonnelles actuelles plutôt que celles de son enfance ou concernant des questions développementales), ce qui est cohérent avec les techniques prescrites par la théorie TIP. Les techniques TCC dans le TDCRP sont quasi similaires à celles mises en œuvre dans d'autres thérapies cognitivo-comportementales qui ont été étudiées en utilisant le PQS (1993).

Les résultats démontrent que les descripteurs patients corrélés aux résultats sont remarquablement similaires pour les deux traitements. Il n'y a donc aucune surprise à ce que les thérapies TCC et TIP produisent des résultats similaires. Seuls, 4 des 100 items se différencient de façon significative entre les séances du début et celles de la fin. Ainsi le processus de la thérapie a très peu changé au cours des traitements. Les auteurs se sont alors demandé quels pouvaient être les facteurs qui avaient produit les changements, au delà de l'alliance thérapeutique. Un examen soigneux a montré qu'à la fois dans l'IPT et la TCC les items corrélés à un résultat positif semblent décrire deux types d'expérience du patient : un sentiment de soi positif et une vision idéalisée du thérapeute. Les descripteurs du processus du PQS, corrélés aux résultats, semblent ainsi identifier la présence d'un attachement positif et dépendant au thérapeute. Cela pourrait être un type de relation thérapeutique mobilisant le processus de changement. Différents investigateurs ont conceptualisé la vision idéalisée du thérapeute en terme de représentation mentale qui est une construction théorique centrale de la théorie psychanalytique, et de la recherche en science cognitive et en psychologie développementale. D'autres auteurs, comme Blatt et *al.* se sont intéressés à cette question et

120 Price et Jones (1998) ont listé les items du PQS concernant l'alliance thérapeutique, vous les trouverez en annexe

ont proposé des modèles que les auteurs ont revisités. Par exemple, « les patients idéalisent leur thérapeute et projettent sur eux des qualités dont ils ressentent qu'ils manquent eux-mêmes. Ces qualités désirées, qui sont externalisées, sont ensuite internalisées par le patient par identification avec leur expérience dans la relation thérapeutique. Dans une perspective théorique d'apprentissage social, il est également probable que quand les patients s'identifient à certaines qualités du thérapeute, ils deviennent plus réceptifs à l'acquisition de nouveaux outils et de comportements plus adaptés en prenant le thérapeute comme modèle ». Une des questions que les auteurs posent est de savoir si ces changements, liés à un attachement positif et dépendant au thérapeute, sont susceptibles de durer à la fin du traitement lorsque le thérapeute n'est plus présent.

En définitive, ni la technique du thérapeute ni sa contribution n'ont été significativement associées aux résultats. Cela peut s'expliquer par le fait que la technique n'a d'effet que dans un certain contexte. Ces résultats sont liés aux modèles théoriques et peuvent aider à expliquer le rôle de facteurs non spécifiques associés à des résultats de traitement non différentiels dans la thérapie brève.

Les auteurs terminent leur article en soulignant l'importance en recherche psychothérapique d'une stratégie d'investigation qui alterne entre les méthodologies de groupe et les méthodologies intensives et quantitatives de cas isolés qui étudient directement comment les interactions réciproques du patient et du thérapeute affectent le résultat.

Cet article est riche d'enseignement, car partant du fait que les éléments du processus semblaient peu différents entre le début et la fin de la thérapie (rappelons qu'elle était brève), les résultats positifs ont permis aux auteurs d'en rechercher les causes et ont abordé des questions très importantes au niveau de la recherche. Rappelons également que les troubles relevés chez les patients n'atteignaient pas une gravité importante.

4. Publication de « *Therapeutic Action* » par l'auteur de l'instrument

En 2000¹²¹, Jones publie un ouvrage sur l'action thérapeutique et présente une version révisée du PQS, celle qui est actuellement utilisée. Cet ouvrage est centré sur l'action thérapeutique et offre une base de réflexion sur cette question très intéressante. C'est aussi dans cet ouvrage que l'on trouve l'instrument et son manuel, ainsi que plusieurs évaluations de cas cliniques.

5. Reprise des données du NIMH et de la construction des prototypes comparés à deux thérapie, la TCC et l'Interpersonnelle, 2002

Dans un article de 2002¹²², Ablon et Jones rapportent une recherche qui prolonge la série des études qui ont examiné le processus de la psychothérapie. Les auteurs présument que les traitements psychothérapiques réalisés suivant les recommandations d'un manuel se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique, et que ce sont des

¹²¹ JONES EE *Therapeutic Action. A Guide to psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson Inc. 2000 ; 253 :270

¹²² Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of psychiatry* 2002 ; 159 : 775-783

stratégies communes aux deux traitements qui favorisent le changement du patient. Pour le démontrer, cette étude se propose de comparer les prototypes idéaux des deux thérapies aux items les plus caractéristiques rencontrés au cours de thérapies menées en situation naturelle. Les hypothèses de la présente étude sont : 1) que les traitements réalisés à partir d'un manuel de psychothérapie et étudiés dans un essai clinique contrôlé se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique et 2) que les stratégies d'intervention communes aux deux traitements sont à l'origine de ce qui favorise le changement du patient.

Dans cette étude, un prototype additionnel a été créé pour la thérapie interpersonnelle. Les prototypes de la psychothérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo comportementale ont été corrélés avec les cotations à partir du PQS de séances réelles de psychothérapie issues du programme de recherche du NIMH sur la dépression afin de déterminer dans quelle mesure les traitements étaient proches de ceux correspondant aux prototypes idéaux. En pratique, pour chaque patient la cotation de chacun des 100 items, issus de séances en situation naturelle, a été corrélée avec celle des items du prototype correspondant à une pratique « idéale ». Ces corrélations ont été alors transformées en points de z, en utilisant la transformation Fisher $r \rightarrow z$. Les points z représentent le degré suivant lequel une séance de psychothérapie est corrélée avec les prototypes idéaux.

Les résultats montrent que les psychothérapies interpersonnelle et cognitivo-comportementale mises en œuvre adhèrent fortement au prototype idéal de la thérapie cognitivo-comportementale. En outre, l'adhésion au prototype de la thérapie cognitivo-comportementale entraîne des corrélations plus positives avec les mesures de résultats pour les deux types de traitement.

Les auteurs en concluent qu'il peut être fallacieux de compter sur des noms de marque de thérapie pour les différencier.

6. Reprise des données du NIMH pour explorer dans deux types de thérapies (TCC et IPT), l'émotion du patient et les interventions du thérapeute et relations de ces processus pour les résultats, 2002

Dans un autre article de 2002¹²³, Coombs, Coleman et Jones présentent une étude réalisée à partir du Programme de recherche du NIMH (programme d'évaluation comparative de l'efficacité de différents traitements de la dépression). Il s'agit là d'explorer l'expression émotionnelle du patient et l'attitude du thérapeute en relation avec elle dans les traitements conduits dans ce programme, et les relations de ces processus avec les résultats. 128 séances de thérapies TCC et IPT ont été transcrites et évaluées avec le PQS pour identifier le style général du thérapeute en ce qui concerne l'émotion du patient et caractériser d'autres aspects du processus de la psychothérapie. Il n'y a pas de différences significatives entre les niveaux de souffrance émotionnelle exprimée dans la CBT et l'IPT. L'analyse factorielle des cotations du PQS fait apparaître trois facteurs principaux : le facteur 1., nommé « exploration commune de

123 M. M. Coombs, D. Coleman, and E. E. Jones. Working with feelings : the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 2002, Vol. 39, No. 3, 233–244.

l'émotion par le patient et le thérapeute » a une relation significativement positive dans les résultats, que ce soit dans la TCC ou l'IPT, alors que le facteur 2, nommé « processus éducatif/directif » ne l'a pas. Le facteur 3, nommé « Inhibition du patient » est plus élevé dans l'IPT et est associé à des résultats positifs. Les patients avec de forts niveaux de souffrance émotionnelle ont eu tendance à avoir de moins bons résultats dans ces traitements brefs. De plus, au fur et à mesure que cette souffrance émotionnelle s'élevait chez ces patients, les thérapeutes ont eu plus de difficultés à appliquer des modalités d'interventions spécifiques.

Le centre de cette étude est d'explorer le processus et les techniques à partir desquelles les sentiments sont appréhendés pendant la séance de psychothérapie dans le programme NIMH et le rapport de ces derniers et des facteurs concernant la technique avec les résultats du traitement.

« Dans la présente étude, nous avons tenté de répondre à 4 questions de recherche et de tester les hypothèses qui leur sont associées. La première, est celle de la nature des processus de traitement dans nos données et si l'attitude du thérapeute envers l'émotion représentait un trait important. Une partie de cette première question a été l'hypothèse que l'IPT aurait tendance à explorer de façon accentuée l'émotion relativement à la TCC et que les séances de TCC redirigeraient l'émotion du patient dans le processus de la thérapie et se concentreraient d'avantage sur des configurations cognitives et comportementales.

La seconde question était de savoir s'il existait des différences dans l'occurrence de l'expression de la souffrance affective dans les séances de thérapie TCC et IPT. Etant donné les différences théoriques dans les approches de l'IPT et de la TCC, nous avons fait l'hypothèse que les séances IPT devraient contenir plus de sentiments du patient et que les séances de TCC en auraient moins. Pour tester cette question nous avons développé une mesure de souffrance affective utilisant un regroupement de trois items du PQS qui sont décrit dans la section méthodologique de cet article.

La troisième question de recherche concerne la façon dont les caractéristiques des traitements TCC et IPT devraient varier dans des séances dans lesquelles des niveaux élevés de souffrance affective étaient caractéristiques. L'hypothèse était que les thérapeutes devraient répondre à l'émotion de leur patient d'une façon qui faciliterait des changements positifs en accord avec leur objectif particulier et la structure de leur modèle thérapeutique. Nous avons fait l'hypothèse sur la base de recherches antérieures (...) que les thérapeutes CBT devraient utiliser des techniques destinées à contrôler l'affect, à se centrer sur les cognitions, qu'elles adopteraient un style didactique et qu'elles utiliseraient des arguments rationnels. En contraste, nous avons fait l'hypothèse que les thérapeutes IPT devraient être plus enclins à évoquer l'émotion et à explorer sa signification et à relier ces sentiments à des situations interpersonnelles.

La quatrième question de recherche a examiner a/ le lien entre l'attitude envers l'émotion du patient et le résultat du traitement et b/ la relation entre la souffrance émotionnelle du patient et le résultat du traitement. »

Pour répondre à la première question de recherche, une analyse factorielle des items du PQS de 128 sessions de thérapie a été conduite pour extraire des configurations d'items qui ont expliqué la plupart de la variance dans le processus de traitement. On a choisi une solution de trois facteurs avec rotation Varimax qui a expliqué 35% de la variance partagée. Le facteur 1 « exploration commune de l'émotion par le patient et le thérapeute » a expliqué 18% de la variance.

Un résultat clé de cette étude est que le facteur « exploration collaborative de l'émotion » a été positivement corrélé avec les effets du traitement, alors que le facteur 2 « processus éducatifs directif » ne l'a pas été. La distinction de ce facteur 1 avec l'alliance thérapeutique, en général, a été réalisée.

Le troisième facteur « inhibition du patient » a conduit à un résultat inattendu, à savoir des effets plus importants de la thérapie que ceux chez lesquels on ne retrouvait pas ce facteur. Ce facteur trois, décrit une configuration caractéristique de la dépression représentée par un affect émoussé, une constriction émotionnelle et une passivité auto-inhibante. Une explication possible de ce résultat étonnant est que l'IPT permettrait à cette inhibition du patient d'être plus apparente dans les transcriptions des séances, tandis que la TCC la masquerait dans sa nature hautement structurée et éducative. Les thérapeutes TCC ont une façon très activement structurée de commencer les séances en demandant aux patients s'ils ont fait leur travail à la maison et ce qu'ils en ont appris. La thérapie interpersonnelle a une approche moins directive, attendant du patient habituellement qu'il commence à parler et en parlant généralement moins que les thérapeutes TCC dans les séances. Cela expliquerait que l'inhibition du patient puisse être plus apparente dans l'IPT dans ces circonstances. Une autre explication serait que l'expression émotionnelle, quand elle atteint un certain niveau, bouleverse les attitudes couramment utilisées, à la fois par les thérapeutes IPT et TCC. Dans ce contexte, l'inhibition jouerait en quelque sorte un rôle protecteur pour les thérapeutes d'assurer leur traitement dans des conditions qui correspondent à leur pratique.

...[Les items positifs incluent ceux qui se rapportent à la capacité des patients d'être introspectifs et perspicaces au sujet de leurs problèmes et de leur compréhension de la thérapie, aussi bien que la présence de catharsis émotive et des espérances positives au sujet de leur thérapie. Les items négatifs (négatif ici n'est pas le score obtenu de l'item mais la façon dont il est construit de façon négative, par exemple pour le premier qui est donné en exemple ci-dessous l'item est « le patient verbalise des sentiments négatifs envers le thérapeute (Q1)), suggèrent un lien positif entre le patient et le thérapeute. Les patients ont exprimé des sentiments positifs au sujet de leurs thérapeutes (Q1) et n'ont pas eu des sentiments ambivalents ou ont été en conflit avec eux. Au lieu de cela, les patients se sentent compris par leurs thérapeutes et en confiance pendant les séances de thérapie.]...

7. Développement du prototype de la CMT, psychothérapie intégrative et comparaison avec des séances réelles de psychothérapie dans le cadre d'un cas unique d'une dépression majeure, 2002

Dans un troisième article de 2002¹²⁴ Pole, Ablon et O'Connor, présentent une étude de 16 séances de psychothérapie conduite dans la perspective de la théorie "*Control Mastery theory*" (CMT), une théorie cognitive, psychodynamique et humaniste du processus psychopathologique et psychothérapique (que nous nommerons Intégrative). Pour chaque séance, des mesures ont été réalisées concernant l'affect du patient, la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique. Les auteurs ont développé un prototype de la technique idéale de la CMT pour ce cas et ont déterminé les effets potentiels de ce prototype relativement à ceux de chaque séance de thérapie réelle. Le fait de mettre en œuvre une technique idéale CMT a été associé à de meilleurs résultats, même après avoir contrôlé l'affect et l'alliance thérapeutique dans la séance au cours du temps. La patiente, Maria est une jeune femme de 30 ans qui souffre d'une dépression majeure dont le premier épisode est intervenu après son mariage et la naissance de son premier enfant. Lorsqu'elle demande à consulter pour une psychothérapie, elle vient de perdre sa mère (morte de complications d'une grippe), elle a trois enfants auxquels elle se consacre ainsi qu'à son mari qui fait des études supérieures. Elle a dû arrêter les siennes à la naissance de son premier enfant, alors qu'à la mort de sa grand-mère (elle avait 25 ans) elle s'était jurée de ne pas faire comme elle et sa propre mère dont elle avait pris conscience qu'elles avaient toutes les deux omis de s'occuper d'elles-mêmes.

L'évaluation de l'affect s'est faite à partir de deux niveaux d'émotion : *affect dépressif* avec tristesse, fatigue ou peu d'amusement ; *affect inaffectif* avec inadaptation, infériorité ou sans défense).

L'alliance thérapeutique est évaluée à la fin de chaque séance par le thérapeute et des évaluateurs externes. Elle concerne trois items : comment le patient ressent le thérapeute durant la séance, comment le thérapeute comprend la détresse du patient et les buts de la thérapie et comment un accord est réalisé entre le thérapeute et le patient à propos du processus de la psychothérapie.

Les mêmes auteurs ont proposé une suite à ce modèle dans un article de 2008, inclus ci-dessous, dans ce chapitre.

8. Développement du prototype de la séance idéale de psychanalyse et comparaisons avec des séances de trois échantillons : psychanalyse, thérapie analytique longues et psychodynamique brève et évaluation du processus de changement. 2 études de cas. 2005

Dans un article de 2005¹²⁵, Ablon et Jones présentent comment la méthodologie permet d'identifier et d'évaluer le processus de changement dans les traitements psychanalytiques. Un comité de psychanalystes expérimentés a développé un prototype de la séance idéale de

¹²⁴ Pole N, Ablon S, O'Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique corrélates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training* 2002, Vol. 39, No. 1, 88–96.

¹²⁵ Ablon JS, Jones EE.. On analytic process. *J Am Psychoanal Assoc.* 2005 ; 53(2): 541-568.

psychanalyse¹²⁶ à partir du *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Ce prototype a été ensuite appliqué à des transcriptions intégrales de trois échantillons de traitements archivés : des psychanalyses, des psychothérapies analytiques longues et des psychothérapies psychodynamiques brèves. Le degré suivant lequel ces traitements ont favorisé le processus analytique tel qu'il est représenté par le prototype a été mesuré quantitativement. L'étude démontre que les psychanalystes sont d'accord sur la définition du processus analytique, et qu'il peut être exploité et évalué quantitativement. Une seconde étude démontre qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas un seul processus analytique mais qu'au contraire, il y a des processus de changement propres à chaque dyade. Deux études de cas illustrent comment chaque dyade analysant-analyste a une configuration d'interaction unique, qui est liée au progrès du traitement. Ces « structures d'interaction » sont récurrentes, et influencent mutuellement les configurations d'interaction entre l'analysant et l'analyste. Ces configurations réfèrent non seulement comment les conflits du patient sont représentés dans le transfert, mais aussi les réactions du thérapeute à ces conflits. L'expérience, la reconnaissance et la compréhension apparaît être un composant fondamental de l'action thérapeutique. Un modèle « bi personnel » est décrit qui tente de faire un lien entre les théories de l'action thérapeutique qui se centrent sur l'insight et la compréhension de soi, et celles qui mettent l'accent sur l'expérience qu'a le patient du thérapeute.

A partir de la construction d'un prototype psychodynamique, Le PQS a confirmé qu'il était capable de distinguer un processus d'un autre, par exemple comme cela a déjà été présenté, un processus TCC, IPT ou CMT. Les auteurs rapportent que cela ne signifie d'ailleurs pas que l'on ne retrouve pas des éléments des prototypes d'autres thérapies dans les séances évaluées. Bien au contraire, les études montrent (Jones, 1998) que ceux-ci sont présents, notamment dans les psychothérapies brèves. Ce qui paraît le plus important pour les auteurs dans cette étude, c'est qu'elle démontre que la définition consensuelle du processus analytique à laquelle sont parvenus les experts peut être mesurée empiriquement et fournir une méthode scientifique pour évaluer le degré suivant lequel un processus analytique a été réellement mis en œuvre. Il est possible, selon les auteurs, de mesurer le degré suivant lequel le processus mis en œuvre est en concordance avec ce qui caractérise un processus idéal pour la psychanalyse, la psychothérapie analytique à long terme et la psychothérapie psychodynamique brève. Leur étude valide empiriquement dans un premier temps que la psychanalyse favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique à long terme, laquelle favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique brève. Si le processus analytique peut être également mesuré empiriquement, le degré suivant lequel il participe au changement positif du patient peut être également être testé empiriquement.

Le fait que le processus analytique puisse être mesuré a également des implications potentielles de formation et de supervision, notamment dans le cadre des programmes post-doctoraux et d'internat. Il semble que les auteurs du PQS aient en tête l'idée que cet

126 Voir en annexe le prototype élaboré par les experts pour la psychothérapie psychodynamique

instrument pourrait se substituer avec bénéfice aux manuels, très statiques, pour former les étudiants, non plus à la façon de mener une psychothérapie, mais à observer comment se déroule un processus, qu'il soit Analytique, Cognitivo-Comportemental, Interpersonnel ou autre. Cela permettrait au thérapeute en formation d'avoir une connaissance plus précise de ce qui se passe dans un tel processus, mais en gardant évidemment à l'esprit que c'est lui qui conduira la psychothérapie et qu'il sera un des acteurs de la dyade.

9. Étude des corrélations entre les prototypes de trois thérapies PDT, TCC et IPT et celles menées dans la réalité et liens de ces corrélations avec les résultats, à partir d'un trouble panique, 2006

Dans un article de 2006¹²⁷, Ablon et *al.* présentent une recherche issue du débat intense sur le fait de savoir quelles méthodes empiriques de recherche présentent le mieux les résultats cliniques en psychothérapie. La tendance prévalente a été de tester des ensembles de traitements en utilisant des essais cliniques contrôlés randomisés (RTC). Récemment, l'orientation s'est modifiée en considérant comment l'étude du processus de changement des traitements naturalistes peut être un complément utile aux essais contrôlés.

Les buts de cette étude sont de 5 ordres : 1. examiner le degré de changement associé à la psychothérapie en situation naturelle pour un trouble panique ; 2. identifier quel processus de traitement idéal (prototype) caractérise le mieux les traitements ; 3. identifier quels processus idéaux sont les plus prédictifs de résultats positifs ; 4. identifier les éléments les plus et les moins caractéristiques du processus des traitements à un niveau spécifique et a-théorique ; 5. identifier quelles variables spécifiques du processus prédisent des résultats positifs.

Les hypothèses posées par les auteurs pour répondre à ces questions sont les suivantes : (1) la psychothérapie naturaliste pour le trouble panique est un traitement fortement efficace avec des gains du même ordre que ceux réalisés par des traitements prescriptibles ; (2) les traitements sont caractérisés par un niveau élevé de processus psychodynamique et à un niveau significativement moins élevé par des éléments de processus interpersonnel et cognitivo-comportemental ; (3) ces résultats positifs sont prévisibles à partir du degré suivant lequel le processus psychodynamique (plutôt qu'interpersonnel et cognitivo-comportemental) est engagé ; (4) les traitements sont caractérisés par des éléments typiques de psychothérapie psychodynamique comprenant l'attention à l'alliance et à la relation thérapeutique, l'interprétation des mécanismes de défense, l'identification de sentiments et de désirs inconscients considérés comme dangereux, et la liaison des symptômes, comportements, et sentiments actuels à des expériences antérieures ; (5) ces variables spécifiques mises en œuvre, un accent porté sur la facilitation de l'expression des émotions est le plus prédictif de résultats positifs.

127 ABLON JS; LEVY R, KATZENSTEIN TAI.. Beyond brand names of psychotherapy : identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006 ; 43(2): 216-231.

Des cliniciens se définissant eux-mêmes comme étant d'orientation psychodynamique ont traité 17 patients présentant un trouble panique par une psychothérapie réalisée en conditions naturelles et durant en moyenne 21 séances.

Les patients ont obtenu des réductions statistiquement significatives de leurs symptômes dans tous les domaines. Les taux de rémission et le changement cliniquement significatif, ainsi que les tailles d'effet, ont été du même ordre que ceux des thérapies du trouble panique validées empiriquement. Les gains du traitement se sont maintenus au suivi de six mois. L'analyse intensive du processus des différents traitements a révélé que les traitements étaient caractérisés par des éléments intégratifs : l'adhésion au processus cognitivo-comportemental a été la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique a été, cependant, l'élément le plus prédictif de résultats positifs. Des facteurs prédictifs du processus spécifiques des résultats ont été identifiés en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set.

Ces résultats démontrent comment la recherche sur le processus peut être utilisée pour valider empiriquement des processus de changement dans des traitements naturalistes comme alternative aux essais contrôlés concernant des packages de traitement.

10. Étude de l'adhérence au prototype de la psychothérapie CMT comparé à celui de modèles alternatifs (PDT et CBT) sur un cas unique, 2008

Dans un article de 2008¹²⁸, Pole, Ablon et O'Connor présentent leur méthode pour tester les modèles de changement pour de cas en psychothérapie individuelle à long terme. Un patient dépressif a été traité avec 208 séances de « Control Mastery Therapy » (CMT), une approche non manuelisée qui intègre des éléments de la thérapie psychodynamique (PDT) et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Un panel d'experts a développé des prototypes idéaux pour les thérapies PD, TCC et le processus de la TCM, en utilisant le PQS (PQS ; J. S. Ablon et E. E. Jones, 1999 ; E. E. Jones, L. A. Parke, Et S. Pulos, 1992 ; E. E. Jones et S. M. Pulos, 1993). Des observateurs indépendants ont évalué chaque 4^{ème} séance (N=53) avec le PQS. En utilisant des corrélations entre les cotations idéales et réelles du PQS, les auteurs ont comparé l'adhésion du prototype TCM à celle de modèles alternatifs plausibles, préconisés par les experts en matière de TPD et de TCC. Des analyses de séries chronologiques bivariées ont déterminé si l'adhésion au prototype permettait de prédire le degré de changement des symptômes.

Méthodologie pour les prototypes.

Des experts de chaque type de thérapie ont utilisé indépendamment le PQS pour évaluer la concordance de chacun des items avec ce qui définirait selon leur orientation de thérapie "une séance idéale de psychothérapie" hypothétique .

128 Pole N., Ablon JS, O'Connor LE.. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long- Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology* 2008 ; 55 (2): 221-232.

Ces estimations idéales ont été alors agrégées chez des experts de même orientation théorique pour construire une "formule" générique (ou prototype) de chaque type de thérapie. Des degrés d'adhésion en sont issus en corrélant les estimations du prototype de chaque orientation avec les cotations de processus appliquées aux séances archivées de thérapie. Les résultats ont montré que (a) les différentes formes de thérapie peuvent produire statistiquement des prototypes distincts (les experts en matière par exemple, de TPD et de TCC ont mis l'accent sur des traits caractéristiques différents ; Ablon et Jones, 1998) ; (b) les formes spécifiques de thérapie peuvent contenir plus d'éléments appartenant à d'autres formes de thérapie que d'éléments appartenant à leur propre forme de thérapie (Il s'est avéré par exemple, que l'IPT adhérait plus étroitement au processus idéal de la TCC qu'à celui de la TIP ; Ablon et Jones, 2002) ; (c) une plus grande adhésion des thérapeutes au prototype (configuration définissant une séance de thérapie idéale suivant le modèle théorique de l'approche) peut être prédictrice de meilleurs résultats (par exemple, une plus grande adhésion à la TPD idéale permet de prévoir de meilleurs résultats prévus dans la TPD ; Ablon et Jones, 1998, 2002).

Eléments de la présente étude :

Elle poursuit 3 buts : 1. développer et établir les propriétés psychométriques d'un prototype quantitatif de TCM idéal ; 2. déterminer si un traitement à long terme TCM adhère plus étroitement au prototype CMT qu'au prototype TPD ou TCC ; 3. déterminer si l'adhésion au prototype TCM uniquement prédit un changement symptomatique.

Les auteurs ont sélectionné un traitement TCM à long terme, archivé qui avait été antérieurement étudié qualitativement (Bloomberg-Fretter, 2005) et quantitativement (Jones et al, 1993 ; Pole et Jones, 1998), formant de ce fait une base sur laquelle établir le travail actuel. Par exemple, il est déjà connu que a) le thérapeute est actif et didactique et que le traitement se focalise sur des thèmes cognitifs (Jones et al, 1993) ; b) le patient montre une amélioration clinique significative et maintient ses gains après 2 ans de traitement (Jones et al. 1993) ; c) les mesures de processus spécifiques de TCM ont prévu un changement au niveau des symptômes (Pole et Jones, 1998) ; d) la mesure de processus spécifique de TPD n'a pas prévu directement le changement (Jones et al, 1993) mais l'a prédit indirectement (Pole et Jones, 1998).

Définition par les auteurs du PQS : c'est une mesure du processus de la psychothérapie basée sur l'observation de 100 items décrivant a/ les comportements du thérapeute (n=41), b/ les comportements du patient (n=40), et c/ les interactions thérapeute-patient (n=19) qui pourraient se produire dans une psychothérapie individuelle d'un adulte.

Ils ont classé les 10 items du PQS, les plus caractéristiques du prototype CBT, PDT et CMT, organisé par score de facteur.

Discussion

Le prototype contrôle maîtrise introduit dans cet article a été accompagné de bonnes propriétés psychométriques. Le niveau très élevé de la fidélité inter juges parmi les expert CMT

montre qu'en dépit de la spécificité du cas, souligné par les chercheurs CMT (...), les thérapeutes CMT expérimentés ont été capables d'atteindre un consensus sur ce qui constitue un processus CMT générique « idéal ». Deuxièmement, en dépit des similarités théoriques et empiriques entre la CMT, la TCC et la PPD, leurs descriptions idéales étaient suffisamment distinctes pour générer des facteurs statistiques séparés. Enfin, le recouvrement entre les items des plus caractéristiques de notre prototype CMT et à la fois des descriptions théoriques de la CMT (...) et un prototype de CMT extrait d'un cas antérieurement publié (...) soutiennent la validité du prototype générique. Les scores d'adhésion au prototype présentés dans cet article n'étaient pas conçus pour mesurer l'adhésion à un manuel spécifique de thérapie. Les scores ont plutôt traduit le niveau suivant lequel le processus de la thérapie actuel était conforme aux idéaux théoriques articulés par chaque groupe d'experts. Nous avons trouvé que l'adhésion au prototype de la CMT se situait à un niveau modéré, ce qui est en accord avec l'importance accordée par les thérapeutes au fait que la flexibilité soit appliquée au principe de la CMT dans ce cas. Certains ont argué qu'une adhésion aussi modérée devrait être la règle quand tout modèle de thérapie est appliqué en pratique car les idéaux théoriques doivent être ajustés pour répondre aux spécificités du cas (Barber et al. 2006). Contrairement aux scores conventionnels d'adhésion (...) les scores complets d'adhésion au prototype n'étaient pas seulement limités aux comportements du thérapeute mais ils évaluaient aussi les comportements du patient et l'interaction thérapeute-patient. Les scores d'adhésion par composants, nouveauté de l'étude présente, ont clarifié les résultats du prototype dans son ensemble. Par exemple, contrairement à notre hypothèse, les scores d'adhésion au prototype global ont suggéré que la thérapie de Mme M ressemblait très étroitement à la TCC idéale. Cependant, les scores d'adhésion par composants ont révélé que ce résultat était largement tiré par le comportement du patient qui était le plus convergent avec la TCC idéale. Suivant les données, présentées dans l'annexe A, cela suggère que le patient a démontré une compréhension (PQS72) et un accord à la thérapie (PQS73) et n'a pas semblé contrôler (PQS87), ou passif (PQS15), ou défiant (PQS44). De façon similaire, la plus grande adhésion des items d'interaction thérapeute-patient à la CMT et à la TCC idéales qu'à la PPD idéale implique que les séances étaient centrées sur les buts du traitement du patient (PQS4), les aspirations personnelles (PQS41), et le système de croyance (PQS30). Enfin, le résultat que le comportement du thérapeute était le plus proche de la CMT idéale indique que le thérapeute percevait de façon précise le processus thérapeutique (PQS28), se centrait sur la culpabilité (PQS22), différenciait activement la réalité du fantasme (PQS68) et fournissait une réassurance directe (PQS66). Du point de vue de la conception conventionnelle de l'adhésion, qui insiste sur le comportement du thérapeute ce dernier résultat soutient notre hypothèse en montrant que le thérapeute a adhéré le plus fortement à la CMT idéale.

Les analyses de séries temporelles ont été élucidées de la même manière par l'attention aux scores par composants. Notre résultat que l'adhésion au prototype CMT complet a prédit que le changement symptomatique estimé était confirmé par la preuve qu'à la fois ces composants thérapeute et comportement du patient contribuaient de façon significative à ce changement.

Ces résultats soutiennent notre hypothèse en écho à des résultats antérieurs sur ce cas sur la base de mesures de CMT spécifique à un cas (Poles et Jones 1998) et est largement congruente avec d'autres articles montrant les associations entre les processus recommandés de CMT et les changements désirés chez le patient (...). En fait, les résultats du score par composants devraient être interprétés comme soutenant un travail intérieur indiquant qu'à la fois les comportements du thérapeute (par exemple, les interventions correspondant au plan ; -), et les comportements du patient (par exemple, tester ; -) contribuent à l'efficacité de la CMT. Il est important de noter dans ce sens que l'adhésion au comportement idéal du patient CMT a prédit un changement, bien que cette adhésion ait été en moyenne faible dans le traitement de Mme M. Cela fait écho à un point souligné par Ablon et Jones (1998) que des processus relativement rares peuvent avoir un impact cliniquement significatif. Notre découverte que l'adhésion au prototype complet CBT prédisait également un changement symptomatique estimé a été clarifié de la même manière par les résultats de suivi montrant que la seule adhésion aux items d'interaction CBT prédisait de façon significative ce changement. Ces items ont inclus l'attention aux tâches psychothérapeutiques réalisées à la maison (PQS38) et au système de croyance (PQS30), l'un et l'autre ayant été empiriquement associé avec l'amélioration dans le traitement TCC de la dépression (). Notons également que bien que le comportement du patient ait été le plus cohérent avec la TCC idéale, ce composant n'a pas prédit le changement symptomatique indiquant que les processus les plus évidents peuvent ne pas être les processus les plus efficaces. Enfin, nos résultats que ni l'adhésion aux processus complet PPD, ni l'adhésion à son composant de comportement du thérapeute ne prédisait un changement symptomatique estimé soutiennent notre hypothèse et font écho aux résultats de Jones et al (1993) basés sur une mesure spécifique de cas de la « technique psychodynamique ». Cependant, l'adhésion au comportement du patient de la PPD idéale (le patient acquérant de nouveaux insight) et aux interactions thérapeute-patient idéales (par ex, la discussion des rêves ou des fantasmes des patients) ont prédit un tel changement. Ces résultats concordent également avec un travail antérieur sur ce cas montrant qu'une attention sur les thèmes psychodynamiques et un accroissement de l'association libre du patient permettaient d'estimer un changement symptomatique (Pole et Jones 1998). Pris ensemble, ces résultats indiquent que parmi les prototypes de comportement du thérapeute, l'adhésion des thérapeutes aux comportements idéaux de la CMT était la force motrice du traitement. Cependant, le comportement des patients et l'interaction thérapeute-patient ont également contribué à la guérison des patients à travers l'adhésion aux processus idéaux CMT, CBT /ou PPD. Cependant, tous ces résultats de l'analyse de séries temporelles doivent être reçus avec prudence à cause du nombre élevé de scores estimés de symptômes impliqués dans cette étude. Bien que les scores imputés étaient inévitables étant donné les besoins de l'analyse de séries temporelles et les limitations de cet ensemble de données archivée unique. Et bien que ce résultat ait été similaire quand les analyses principales ont été répétées avec les valeurs imputées exclues, il est encore possible que des résultats différents puissent avoir émergé si tous les scores symptomatiques avaient été disponibles. Ce problème devrait être évité dans le futur en obtenant des mesures de symptôme et de processus sur la même échelle.

La validité de notre estimation du score symptomatique doit, cependant, gagner un soutien ultérieur à partir de la cohérence de nos résultats avec plusieurs résultats d'Ablon et Jones corrélant des scores d'adhésion complète à un large éventail de mesures de résultats non modifiées. Par exemples, notre résultat que la CMT de Mme M adhérait de la façon la plus proche au prototype global CBT va dans le même sens que le résultat d'Ablon et Jones (2002) suivant lequel les psychothérapies interpersonnelles adhéraient également plus étroitement au prototype global CBT. De façon similaire, notre résultat que l'adhésion au prototype global CBT prédisait le changement symptomatique estimé dans ce traitement CMT rappelle le résultat d'Ablon et Jones (1998) que l'adhésion au prototype complet PPD était associé avec des résultats favorables dans les TCC. Dans une perspective qui définit largement l'adhésion en terme de comportement du thérapeute, du patient et de leur interaction, nos résultats renforcent ceux de Ablon et Jones (98, 02) que les noms des thérapies peuvent induire en erreur. Même quand un thérapeute utilise des techniques cohérentes avec son orientation, il est possible que des processus inattendus appartenant à d'autres types de thérapies puissent être volontairement ou involontairement présents et influencent les résultats. Ainsi, à partir d'une perspective plus étroite qui cerne l'adhésion seulement en terme de comportement du thérapeute, nos résultats offrent une explication alternative au travail antérieur d'Ablon et Jones et suggèrent qu'un examen des composants aurait pu conduire à des conclusions différentes.

Cela nous amène à une discussion plus large des limitations associées avec les procédures soulignées dans le présent article. D'abord, comme l'illustrent les contrastes entre les scores d'adhésion complète ou par composants, la seule considération des prototypes complets peut obscurcir des distinctions significatives entre ses composants. Les prototypes différaient si c'était le comportement du thérapeute, le comportement du patient ou l'interaction thérapeute-patient qui étaient cotés comme étant les plus caractéristiques. Cela pourrait être pourquoi l'adhésion complète CMT était cohérente avec son composant thérapeute et que les résultats de l'adhésion complète TCC était consistants avec son composant interaction thérapeute-patient. Ainsi, nous recommandons de faire suivre les analyses de prototypes complet avec des analyses concernant les composants significatifs. Ensuite, la méthodologie du Q-sort oblige à une plus grande discrimination dans les cotations que ce qui se produirait sans elle. Ainsi, il y a une possibilité que les cotations puissent être exagérées par cette méthode et qu'elle pourrait être plus valide si des échelles de Likert déterminées étaient utilisées.

Troisièmement, il est raisonnable de soulever la critique que les prototypes puissent être trop généraux pour capturer les applications spécifiques de modèles théoriques pour des problèmes cliniques particulier, par ex, la TCC pour la dépression vs la TCC pour le trouble panique ou pour des stades particuliers de la thérapie par ex, la PPD dans le cours de la thérapie vs à son stade de terminaison. Ce problème pourrait être traité en développant des prototypes toujours plus spécialisés traitant ces variations.

Quatrièmement étant donné l'accent que la CMT a placé traditionnellement sur la spécificité du cas et son désintérêt pour des techniques spécifiques, l'omission d'éléments spécifiques du cas

et l'accent porté sur des comportements spécifiques du thérapeute dans notre prototype CMT peut déconcerter un certain nombre de gens. Il est possible que le prototype CMT ne soit pas parvenu à capturer de façon adéquate des aspects clés du processus de la CMT (et tout particulièrement les processus qui devraient varier d'un cas à l'autre) ou qu'il ait donné un poids non justifié à la technique par rapport à des processus plus subtils. S'il en est ainsi, alors cela pourrait mieux expliquer pourquoi certains des scores d'adhésion CMT étaient bas (particulièrement ceux associés au comportement du patient). Nous sommes quelque peu rassurés par l'accord élevé parmi les experts CMT à propos du processus idéal CMT et par le fait qu'aucun d'entre eux n'a indiqué que des items importants avaient été omis concernant le prototype CMT mais cette question demande un examen ultérieur, peut-être en comparant la puissance prédictive des prototypes génériques et spécifiques d'un cas dans le même cas.

Cinquièmement, la méthode n'incorpore pas une façon de déterminer si la compétence du thérapeute ou son absence pouvaient expliquer les résultats d'adhésion (Barber et al, 2006, Sha, 1999). Dans le présent exemple le thérapeute était hautement expérimenté dans la pratique de la CMT mais on pourrait légitimement se demander si délivrer des interventions TCC et PPD avec compétence et si le niveau de compétence avec ces techniques a contribué aux résultats.

Sixièmement, il y a des limitations dans l'analyse temporelle bivariée de Gottman et Ringland (1981) elle-même. Par exemple, cette méthode ne peut pas accommoder plus de deux variables à la fois et ainsi ne peut pas tester simultanément des prédicteurs compétitifs. Par ailleurs, la procédure n'a pas été largement utilisée ou étudiée en profondeur pour d'éventuels biais statistiques ou problèmes. Ainsi, il se peut bien que d'autres approches de séries temporelles puissent s'avérer plus puissantes pour des applications futures. Une dernière limitation fondamentale est inhérente à la recherche en cas isolé ; à savoir, que les résultats ne peuvent pas être considérés pouvoir se généraliser à d'autres cas. Par exemple, nos résultats ne suggèrent pas que tous ou même la plupart des traitements CMT contiennent des éléments TCC significatifs. Nous montrons seulement qu'un traitement CMT conduit par un praticien expérimenté en CMT peut contenir des éléments TCC significatifs et que ces éléments TCC peuvent prédire un changement symptomatique. Nous considérons cela comme un résultat intéressant à son propre niveau. Cependant, pour tester la possibilité d'une généralisation « la recherche n=1 » doit être répliquée pour atteindre ce que Gottman (1973) a appelé « recherche d'un cas à la fois ». Les prototypes décrits peuvent être appliqués à des nombres illimités de nouveaux cas pour tester le caractère répétable de nos résultats. Les limitations mises à part, nous pensons que cette étude apporte différentes contributions. Premièrement, elle réplique et étend des études de cas isolés antérieurs soutenant la CMT () et des recherches antérieures de ce cas (). De telles répliques sont vitales pour le développement de la science et particulièrement importante sur la recherche sur le cas isolé (). Ensuite, à travers les scores d'experts des prototypes et des scores d'adhésion, elle offre de nouvelles façons, d'évaluer l'intégrité de thérapies largement utilisées (c'est à dire, la PPD et la TCC) dans des situations dans lesquelles les manuels de thérapies spécifiques ne sont pas disponibles. Elle fournit aussi

un moyen de rendre une thérapie moins connue mais soutenue empiriquement (CMT) plus accessible dans le champ. Les prototypes montrent que bien que si certains éléments de toutes les approches théoriques sont spécifiques du cas, il y a également des éléments généraux qui peuvent contribuer de façon importante à comprendre le changement symptomatique. Troisièmement, les analyses de séries temporelles bivariées fournissent une méthode sophistiquée pour identifier les mécanismes de changement dans les thérapies longues, un thème qui est virtuellement absent dans la littérature. En combinaison avec les scores d'adhésion qui évaluent la concordance multivariée entre le processus actuel et la liaison optimale de processus de la thérapie proposée par les experts, des hypothèses à priori peuvent être testées. Les analyses de séries temporelles peuvent être également utilisées pour tester des questions spécifiques d'un cas ou relatives à la recherche (par exemple,). Enfin, bien que les méthodes soulignées dans cette article puissent être appliquées à de nombreuses orientations théoriques, elles offrent une alternative particulièrement importante aux méthodes « du paradigme des événements » () typiquement utilisés pour étudier la CMT. Plutôt que de développer des formulations individualisés pour tous les cas () le prototype CMT fournit une formulation « générique » qui peut être utilisée avec chaque cas. Plutôt que de coter chaque intervention du thérapeute et chaque réponse du patient pour sa consistance avec la CMT (par exemple,) (une tâche colossal dans les thérapies longues), une séance entière peut être cotée avec le PQS en moins de deux heures.

L'examen des scores d'adhésion par composants a révélé un tableau plus nuancé. Les tests T appariés ont montré que l'adhésion des thérapeutes aux comportements idéaux de la TCM ($R = .40$) était significativement plus élevée que l'adhésion soit aux comportements idéaux de la RCC ($R = .35$) (...) ou des comportements de la PPD idéale ($R = -.06$) (..) et que son adhésion aux comportements idéaux de la TCC était significativement plus élevée que son adhésion aux comportements idéaux psychodynamiques (). Cependant, le comportement du patient était le plus proche des comportements idéaux de la TCC ($R = .46$) en comparaison avec soit, les comportements de la TCM idéale (), ou de la PPD idéale (). En fait, le comportement du patient était plus proche de PPD idéale que de la TCM idéale (). Enfin, concernant les items d'interaction thérapeute-patient, l'adhésion à la fois à la TCM idéale () et à la TCC idéale (), était significativement plus importante que l'adhésion à la PPD idéale ($R = -.18$), mais l'adhésion à la TCM idéale n'était pas significativement différente de l'adhésion à la TCC idéale ().

Est-ce que l'adhésion aux prototypes complets ou à leurs composants prédit un changement symptomatique estimé

Les résultats des analyses temporelles bivariées examinant les relations entre les scores d'adhésion aux prototypes complets et les scores de changements symptomatiques estimés sont présentés dans le tableau 3. Les trois colonnes du milieu (A, B, et SSECSI-EST) de la table décrivent et comparent quatre types de modèles de régression qui ont été construits pour tester si les tests d'adhésion prédisaient le changement suivant une sévérité symptomatique estimée. Les trois colonnes de droite (C, D, et SSECBT) du tableau pointent les effets bi directionnels en construisant des modèles pour tester si les scores estimés de sévérité des

symptômes prédisaient un changement dans les scores d'adhésion. Les quatre types de modèles comprenant chacun une analyse de séries temporelles diffèrent dans le nombre de leurs termes d'auto régression (énuméré sous les colonnes A et C) et en termes de régression croisées (énuméré sous les colonnes B et D). Chaque terme correspond à une observation (ou « lag ») dans le passé. Dans cette étude chaque lag correspond à quatre séances dans le passé car les observations ont été faites toutes les quatre séances. Le nombre de termes auto régressifs et régressifs croisés dans chaque modèle indique le nombre de lag utilisés pour expliquer les données. Le niveau de variances laissé inexpliqué par chaque modèle est représenté par les valeurs dans les colonnes étiquetées SSE (somme des erreurs carré). Le modèle 1 est un modèle en surdimensionné combinant plus de termes auto régressif et régressif croisés que cela serait nécessaire pour expliquer les données. Conventionnellement dix lag dans le passé sont utilisés pour construire un modèle sur dimensionné.

La série temporelle est ainsi effectivement réduite à dix observations (c'est-à-dire que la onzième observation dans la série temporelle est la première observation prédite par chaque modèle).

Le modèle deux est construit en retirant successivement des termes auto régressifs et de régression croisée du modèle surdimensionné jusqu'à ce qu'un modèle « optimal » combiné soit atteint qui minimise le nombre de termes d'auto régression et de régressions croisées nécessaires pour prédire la série sans changer significativement le niveau de variance expliquée.

Le modèle trois est construit en extrayant les termes de régression croisée du modèle pour atteindre un modèle pur d'auto régression « optimal » (avec le nombre minimal de termes).

Enfin, le modèle quatre détermine comment le niveau de variance devrait être expliqué par un modèle surdimensionné de pure auto régression (avec dix termes).

Comme condition de validité pour l'analyse principale, les modèles optimaux doivent ne pas différer significativement des modèles surdimensionnés en terme de variance inexpliquée. Les comparaisons appariées de la variance laissées inexpliquées par chaque modèle sont faites en utilisant des tests de ratio,

En conclusion, on a souvent avancé qu'il pouvait y avoir un fossé entre ce que les thérapeutes disent qu'ils font et ce qu'ils font réellement dans leur cabinet de consultation (). La méthode du prototype offre une fenêtre dans laquelle la rencontre entre un modèle théorique professé des thérapeutes et son processus actuel de thérapie incluant une façon d'évaluer si le comportement du patient et si l'interaction thérapeute-patient est conforme aux idéaux théoriques. Combiné avec les méthodes statistiques qui sont conçues pour évaluer les relations prédictibles entre des variables qui se répètent dans le temps, une opportunité supplémentaire est ouverte pour étudier les relations processus-résultats dans une thérapie longue. De plus, ces questions peuvent être traitées au niveau du cas isolé, évitant ainsi le coût et la difficulté de l'essai clinique randomisé. Bien que de telles méthodologies ne se substituent pas aux essais

randomisés, elles peuvent apporter des contributions importantes à une littérature très rare et répondre à des questions qui autrement n'auraient pu jamais être posées.

c) Application du PQS par d'autres chercheurs

1. Confrontation de trois approches et individualisation des processus comme facteurs prédictifs, 2004

Dans un article de 2004¹²⁹, Sirigatti présente une recherche dans laquelle le PQS a été appliqué à trois types d'approches psychothérapeutiques : la thérapie systémique relationnelle (TSR), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie stratégique brève (TBS). L'utilisation de cet instrument a permis d'identifier des différences et des similitudes entre les trois approches.

L'objectif de la recherche s'est focalisé sur trois points : 1/ identifier les différences et les similitudes dans le processus en relation avec différentes pratiques : systémique, TCC et stratégique brève ; 2/ individualiser les processus comme facteurs prédictifs des résultats de la psychothérapie examinée ; 3/ détecter des différences et des similitudes dans le processus en relation aux différences psychopathologiques.

La recherche a été menée suivant une approche observationnelle systématique. Elle a porté sur 49 séances de thérapie (15 TSR, 4 TCC, et 30 TSB), concernant 17 participants adultes et adolescents souffrant de dépression (3), de troubles anxieux (5), de troubles des conduites alimentaires (3) et de troubles non identifiés (5).

Afin de déterminer les descriptions du processus qui caractérisent le mieux chaque traitement, les items qui sont les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés. Des similarités ont été retrouvées entre les trois approches : le praticien intervient surtout dans la reformulation ; le patient ne recherche pas un rapprochement avec le thérapeute et n'exprime pas de sentiments particuliers.

L'évaluation initiale n'apporte pas d'éléments permettant de prédire les résultats ; les évaluations suivantes semblent apporter une prévision favorable à partir de l'attitude du patient vis à vis de la thérapie ; les processus qui caractérisent les séances finales indiquent avec une clarté suffisante si le traitement s'est conclu positivement. Le patient est moins sujet à des émotions négatives, il exprime davantage sa colère et son agressivité, présente moins de résistance à exprimer ses problèmes. Quelques spécificités des processus sont décrites suivant les pathologies.

En conclusion, l'auteur estime que le PQS est une tentative de systématiser l'étude de la psychothérapie afin de mieux comprendre les mécanismes qui mènent à la résolution des problèmes du patient, en surmontant la dichotomie entre le processus et les résultats et en allant vers une intégration des deux. Cette démarche pourrait offrir une nouvelle clef de compréhension de la psychothérapie dans sa complexité.

129 Sirigatti Saulo . Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. Brief Strategic and Systemic Therapy European Review 2004 ; 1(): 194-207.

Cette étude n'est qu'un premier pas vers un approfondissement des questions soulevées et des observations recueillies.

2. Confrontation de trois approches et comparaison en pratique réelle. Ajout d'items pour un prototype de thérapie familiale (non scoré), 2005

Dans un article de 2005¹³⁰, Kramer et al. ont appliqué le PQS dans une recherche pour tenter de saisir si les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire. La méthode a été à nouveau d'identifier des prototypes dans trois approches et de les comparer à des psychothérapies en pratiques réelles.

L'instrument a été utilisé pour des premières séances de psychothérapie de six cas provenant de trois orientations différentes (psychodynamique, familiale–systémique, et comportementale et cognitive). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.

Construction de deux nouveaux prototypes du PQS (les auteurs ont ajouté cinq items qu'ils ont considérés très spécifiques de la thérapie familiale :

101 Le thérapeute aborde dans la séance les liens conjugaux, parentaux et filiaux.

102 Lors de la séance le thérapeute ou le patient accordent de l'importance aux liens intrafamiliaux.

103 Le thérapeute élabore des hypothèses fondées sur la réalité des relations avec la famille et avec les personnes significatives de l'entourage.

104 Le thérapeute accorde son attention aux événements marquants de la vie familiale à travers les générations.

105 Le thérapeute questionne le client autour de perceptions et de croyances des membres de sa famille.

En ce qui concerne la psychothérapie psychodynamique brève nous avons vu que les auteurs du PQS avaient conçu un prototype psychodynamique consensuel pour les trois types de traitements : psychanalyse, psychothérapie psychanalytiques longue, et psychothérapie psychodynamique brève. Dans cet article, le prototype pour cette technique est différent. Notons que les scores ne semblent pas avoir été fournis par la même méthode.

Les auteurs concluent que les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire mais en plus ils ont recours à d'autres pratiques valorisées par d'autres modèles. Ils font preuve de souplesse et adaptent leur intervention en fonction du contexte.

Le PQS s'est révélé intéressant pour comparer des processus thérapeutiques différents afin de spécifier leurs éléments communs et spécifiques.

130 Kramer U., de Roten Y., Despland J-N.. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques* 2005 ; 11(): 359-370.

3. Confrontation de trois approches dans le PTSD et comparaison avec les prototypes, 2006

Dans un article de 2006¹³¹, Schottenbauer et *al.* présentent le résultat d'une étude dans laquelle 24 praticiens se déclarant d'approche psychodynamique/psychanalytique et cognitivo-comportementale ont réalisé un classement des items du PQS en référence à une pathologie spécifique, l'état de stress post traumatique.

Les thérapeutes d'orientation théoriques psychodynamique/psychanalytique comprenaient beaucoup plus de psychiatres (25%/4%) et de personnes avec des qualifications élevées (16,7%/4%) que les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale. Suivant la méthodologie de cette recherche, les différents thérapeutes ont été recrutés à partir d'une organisation professionnelle par liste de diffusion. Il leur a été présenté de façon aléatoire une courte étude de cas parmi les quatre qui existaient, décrivant des syndromes de stress traumatique différents (simples avec bon fonctionnement pré morbide, simples avec mauvais fonctionnement pré morbide, complexes sans traumas récents, complexes avec traumas récents). Il leur a été d'abord demandé quelles étaient les interventions qu'ils envisageraient pour ces patients. Dans un second temps, il leur a été demandé d'utiliser le PQS (tri de 100 formulations décrivant le processus psychothérapique) pour décrire quantitativement leur traitement idéal du patient donné. Dans un troisième temps, ils ont commenté leur travail.

Analyses du Q-sort. Les traitements prototypiques ont été créés en utilisant la technique (), une méthode pour analyser des données triées de questionnaire en transposant la matrice et en conduisant une analyse factorielle sur les données.

En premier lieu, les données des cliniciens psychodynamiques et cognitivo-comportementalistes ont été transposées et des analyses factorielles des composantes principales ont été conduites avec rotation varimax sur l'ensemble des données des cliniciens. Comme la rotation varimax ne convergait pas, cette solution n'a pas été adoptée. Cependant, il faudrait noter qu'il existait dix facteurs dans les Eigen values étaient supérieurs à 1. Le premier facteur avait une Eigen values de 17,92 et représentait 36,56% de la variance, le second avait une Eigen values de 5,37 et comptait pour 10,97% de la variance et les 8 autres facteurs avaient des Eigen values entre 1,04 et 2,54, chacun comptant pour 2,11 à 5,18 % de la variance.

Ensuite, les données des cliniciens psychodynamiques et cognitivo comportementaux ont été transposées et les analyses factorielles de composantes principales avec rotation varimax ont été conduites sur les données des cliniciens psychodynamiques seuls, et cognitivo-comportementaux seuls. Les résultats ont montré 5 facteurs, parmi les cliniciens psychodynamiques et 4 facteurs pour les cliniciens TCC. Cependant, parmi les cliniciens

131 Schottenbauer Michele A., Arnkoff Diane B., Glass Carol R. and Gray Sheila Haffer.. Psychotherapy for PTSD in the Community: Reported Prototypical Treatments. Clinical psychology and psychotherapy 2006 ; 13 : 108-122

psychodynamiques les deux derniers facteurs avaient moins de trois cliniciens qui les avaient coté de façon élevée. Aussi ils furent extraits des analyses actuelles. Tous les autres facteurs avaient au moins trois cliniciens qui les avaient coté fortement en plus d'avoir des Eigen values au dessus de 1.

Ensemble des facteurs. Les 15 items avec les scores factoriels les plus haut et les 15 items avec les scores factoriels les plus bas sont présentés dans le tableau 1. Le premier facteur psychodynamique (psychothérapie d'expression) avait une Eigen values de 8,56 et expliquait 35,67% de la variance. Il incluait des items fortement cotés concernant l'utilisation de la relation thérapeutique, le développement de l'insight, la neutralité du thérapeute, la discussion des rêves et des fantasmes et la discussion de l'enfance des patients. Le second facteur psychodynamique (psychothérapie de soutien) avait une Eigen values de 2,64 et expliquait 10,99 de la variance. Il incluait des items hautement cotés suggérant une approche psychothérapique plus soutenante avec un thérapeute donnant son avis, renforçant des défenses et suggérant au patient des activités en dehors de la séance. Le troisième facteur psychodynamique (psychodynamique intégratif) avait une Eigen values de 1,71 et expliquait 7,14 de la variance. Il incluait des items hautement cotés tels que la discussion par le thérapeute des points de vue du patient, l'encouragement de son action et était attentif à la culpabilité du patient et insistait sur les sentiments du patient.

Le premier facteur cognitivo comportemental (TCC) avait une Eigen values de 12,36 et expliquait 49,42% de la variance. Il incluait des items fortement cotés tels que la structuration de la séance par le thérapeute, le fait qu'il enseigne le patient, qu'il discute les activités du patient en dehors des séances et qu'il explique la rationalité du traitement. Le second facteur CC (TCC, psychothérapie intégrative) qui avait une Eigen values de 1,56 et expliquait 6,25 de la variance, les items fortement cotés incluaient le fait que le thérapeute soit empathique et ne porte pas de jugement, que le patient soulève des questions et du matériel significatif qui sont ensuite liés au passé et où le thérapeute facilite la parole du patient pour dire l'essentiel. Le troisième facteur CC (humaniste, expérientiel/TCC) avait une Eigen values de 1,31 et expliquait 5,23 de la variance. Il incluait des items tels que le thérapeute ne porte pas de jugement, perçoit de façon précise le processus thérapeutique, attire l'attention du patient vers des sentiments perçus par le patient comme inacceptables et discute de thèmes cognitifs tandis que les items du patient incluait l'expérience d'un affect troublant et l'atteinte d'un nouvel insight. Le quatrième facteur cognitivo comportemental (TCC-TCC d'orientation relationnelle) avait une Eigen values de 1,02 et expliquait 4,07 % de la variance. Il incluait de nombreux items concernant la relation

thérapeutique, ainsi que la discussion de thèmes genitive et le thérapeute expliquant la rationalité du traitement.

Corrélations avec les prototypes d'Ablon et Jones. Les poids factoriels (comme scores de régression) ont été corrélés avec le facteur de régression des prototypes q-sort d'Ablon et Jones (1998 et 2002) afin de déterminer jusqu'à quel point ils correspondaient à des traitements communément établis, définis par des experts. Le facteur psychothérapie d'expression était corrélé avec le prototype psychodynamique d'Ablon et Jones (AJ-PD) avec une taille d'effet importante. Le facteur psychothérapie soutenante était significativement corrélée avec le prototype TCC d'Ablon et Jones (AJ-TCC) avec une taille d'effet importante et le prototype IPT d'Ablon et Jones (AJ-IPT) avec une taille d'effet moyenne. Le facteur psychodynamique intégratif était intégratif, corrélé de façon significative avec à la fois les prototypes (AJ-PD et AJ TCC) avec de larges tailles d'effet et avec AJ-IPT avec une taille d'effet petite à moyenne. Le prototype de thérapie CC était corrélé significativement avec AJ-TCC avec une large taille d'effet, AJ-IPT avec une taille d'effet moyenne et inversement et AJ-PD avec une taille d'effet moyenne. Le prototype psychothérapie TCC intégrative était corrélé de façon significative avec AJ-TCC avec une large taille d'effet, AJ-PD avec une taille d'effet moyenne à large et AJ-IPT avec une taille d'effet moyenne. Le prototype humaniste expérientielle TCC était significativement corrélé avec le prototype AJ-TCC avec une taille d'effet de moyenne à large et enfin le prototype psychothérapie TCC d'orientation relationnelle était corrélé de façon significative avec le prototype AJ-TCC avec une taille d'effet moyenne.

Les résultats ont fait apparaître une hétérogénéité significative parmi les cliniciens. Parmi ceux qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était psychodynamique, trois traitements prototypiques ont été découverts, et parmi les cliniciens qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était cognitivo-comportementale, quatre traitements prototypiques ont été trouvés.

De façon générale, les prototypes dans l'étude réalisée étaient corrélés, sans leur être identiques, à des prototypes de thérapies psychodynamique, cognitivo-comportementale ou interpersonnelle qui ont été développés dans des études précédentes par Ablon et Jones, sur la base de cotations des experts. Les résultats de cette étude suggèrent qu'il peut y avoir une plus grande hétérogénéité dans le traitement du trauma parmi des cliniciens travaillant dans la communauté que ce que l'on pouvait supposer en relation à leurs orientations théoriques de référence.

d) Le PQS comme instrument de formation et de supervision, 2007

Dans un article de 2007¹³², Goodman rapporte comment il utilise le PQS et le CPQ dans la supervision clinique de 4 registres de compétences : 1. l'adhésion à l'orientation théorique, c'est-à-dire, le degré de fidélité aux principes de base d'une orientation de base d'une orientation théorique et le degré de « pureté » de cette pratique vis-à-vis d'éléments caractéristiques d'autres orientations ; 2. les interventions spécifiques du thérapeute et leur adéquation avec les objectifs thérapeutiques sur lesquels il s'est accordé avec le patient ; 3. le comportement verbal et non verbal du patient et sa relation au transfert/contre transfert ; 4. Les types de transfert et de contre-transfert que l'on peut retrouver dans la séance (Jones a référé ces types à des « structures d'interaction », une construction qui recouvre conceptuellement le « CCRT » de Luborsky). Le terme « structures d'interaction » implique que les réactions contre transférentielles du thérapeute contribuent aussi de façon significative à la configuration d'engagement de la dyade).

L'auteur rappelle que l'évaluation se fait à partir d'une séance de psychothérapie enregistrée ou vidéoscopée comme unité d'analyse.

L'auteur signale que la cotation d'un Q-sort prend environ 45 minutes. Les items organisés dans les catégories entre 1 à 9 forment une distribution normale qui facilite l'analyse statistique.

Les distributions résultant du PQS et du CPQ des séances de psychothérapie d'enfants et d'adultes ont une variété d'usages :

1. Une analyse factorielle des 100 items du Q-sort peut être conduite avec un minimum de 100 séances. Les facteurs qui en découlent décrivent le processus de la psychothérapie lié d'un patient ou d'un groupe de patients particuliers avec présentant un diagnostic psychiatrique particulier. Les facteurs issus de cet analyse du processus peuvent ensuite être utilisés pour prédire les mesures de résultats au niveau des symptômes (par exemple, à partir de la Symptom Checklist-90-R) et de résultats structurels quantifiés (par exemple, à partir de l'échelle de cognition sociale et l'échelle de relation d'objet (Social Cognition and Object Relations Scale)). Avec le PQS et le CPQ, la question empirique de très grand intérêt pour les changements est passer de "quelle psychothérapie marche ?" à "comment elle marche ?".

132 GOODMAN Geoff. psychoanalytic research : progress and process II "I feel stupid and contagious" : quantitatively based methodes of assessing supervisee competence in clinical supervision.. psychologist-psychoanalyst. Official publication of division 30 de l'APA 2007 ; 27(3): 16-22.

2. Le PQS a été utilisé également pour construire les prototypes idéaux de séances de psychothérapie adultes de différentes orientations théoriques (voir Jones et al). Les corrélations entre la distribution du q-sort de chaque séance de psychothérapie et la distribution des prototypes du Q-sort réalisés par des experts reflètent l'étendue suivant laquelle une séance particulière adhère aux principes d'une orientation théorique idéale particulière. Ces niveaux d'adhésion peuvent ensuite être traités comme des scores susceptibles de prédire les mesures de résultats.

3. (innovation de Goodman) veut démontrer que les superviseurs cliniques peuvent utiliser la méthode quantitative du PQS et du CPQ pour évaluer les 4 domaines de compétences en supervision clinique.

Goodman fait part de son expérience de la façon dont trois de ses étudiants, en supervision clinique ont apprécié le PQS et le CPQ. A savoir, que leurs valeurs n'est pas seulement dans la connaissance de ce qui constitue l'orientation psychodynamique mais aussi dans l'amélioration de l'observation des comportements verbal et non verbal de leurs patients, leurs configurations d'interactions avec leurs patients et leurs propres interventions. Les supervisés et Goodman ont pu identifier des modèles caractéristiques de transfert et contre transfert en examinant les distributions au Q-sort de leurs séances. La conscience de ces modèles produit des changements positifs dans les interventions des supervisés et en retour accroît la conscience chez le patient.

Par ailleurs, Goodman a corrélé sa propre cotation du PQS et du CPQ en relation à ce qu'elle considère que l'orientation psychodynamique recouvre habituellement et elle a demandé à trois supervisés de faire la même chose. Elle a ensuite corrélé chacun de ces Q-sort prototypiques avec celui constitué par des experts psychodynamiciens. Les différences ont été utilisées pour reprendre avec les supervisés certains éléments essentiels de la psychothérapie psychodynamique. Une autre façon d'utiliser la cotation a été de demander à chacun des supervisés de coter un PQS immédiatement après une séance et de lui envoyer leurs cotations avant la réunion hebdomadaire de supervision. Elle précise que les superviseurs peuvent demander à chacun des étudiants de leur fournir un enregistrement de la séance que le superviseur pourrait coter, ce qui permettrait de réaliser une corrélation entre sa propre cotation et celle du superviseur. De façon à ce que cette démarche soit moins lourde il a demandé aux supervisés les dix items placés dans les piles extrêmes 1 et 9.

L'analyse des interactions peut également révéler, à partir des enregistrements, un décalage entre le cours de la parole du patient et les incitations du thérapeute à ce qu'il

parle, révélant, après discussion chez le supervisé une inquiétude que la patient s'arrête de parler, ce qui n'était pas justifié à priori.

- LES VERSIONS ENFANTS ET ADOLESCENTS DE L'INSTRUMENT

1. CPQ développé par Celeste Schneider et al., 2004

Pour Celeste Schneider¹³³, il existe deux buts principaux de l'instrument. Le premier est d'établir des prototypes ou constellations d'items représentant les aspects du processus thérapeutique et de l'action jugée la plus pertinente suivant différents points de vue théoriques. Ces prototypes pourraient ainsi être utilisés dans d'autres études et la discussion à propos de la nature de l'action et le processus psychothérapeutique dans différents modes et conceptualisation des thérapies d'enfants.

Le second but est d'évaluer et de mettre en valeur la capacité descriptive de cet instrument par les comptes rendus des experts cliniciens du degré suivant lequel cet instrument décrit la thérapie de manière robuste et polyvalente.

La validation du CPQ s'est réalisée au terme de 4 années et autour de 3 études.

2. APQ développé par Michael Bambery et al., 2007

Une étude de 2007¹³⁴, de Bambery et al. présente les résultats initiaux pour le développement d'une version adolescent du Child Psychotherapy Q-set (CPQ, Scheider, 2003). Le CPQ est une mesure du processus psychothérapique qui utilise la méthodologie du tri pour définir le processus de la psychothérapie dans une forme empirique appropriée pour une analyse quantitative. Ce nouvel instrument, l'*Adolescent Psychotherapy Process Q-set* (APQ) a été développé pour être pan théorique dans l'évaluation du processus de psychothérapie avec les adolescents. Un comité d'experts théoriciens et praticiens des thérapies psychodynamiques (PD) et cognitivo-comportementales (TCC) ont coté les 100 items de l'APQ, et ces cotations ont fait l'objet d'une analyse factorielle pour développer des prototypes généraux de la thérapie idéalement conduite dans chaque orientation respective.

L'accord entre et parmi les experts a été examiné afin de déterminer la fiabilité, et le désaccord partagé entre chaque prototype. Les fiabilités de coefficient alpha étaient hautes pour les orientations PD (.94) et CB (.93). Une corrélation significative entre les points de facteur de chaque prototype ($r = .31$; $p \leq .01$) a été trouvée. Dans une deuxième étude, un exemple de cas

133 Schneider, Celeste. The Development and First Trial Application of the Child Psychotherapy Q-Set. IPA. <http://www.ipa.org.uk/default.aspx?page=282&file=schneider&lang=fr>

134 Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS. Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy Q-set (APQ) : development and applications for training.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2007 ; 44(4): 405-422.

est fourni pour démontrer les applications de l'APQ et les prototypes dans la formation et la supervision de la psychothérapie.

Rajouter article Poster et voir pour le dernier sorti...

- MÉTHODOLOGIE ET PRATIQUE DU PQS

1. Méthodologie du Q-sort

La méthodologie du Q-sort, n'est pas nouvelle. Son créateur, William Stephenson (1902-1989) la présente dans un ouvrage qu'il publie 1953¹³⁵ après plusieurs années de travail et d'élaboration pour la mettre au point. Cette méthodologie prend son origine dans l'analyse factorielle, mise au point par Charles Spearman (1863-1945) dont il fut un proche collaborateur. Pour mémoire, l'analyse factorielle a permis à Spearman d'établir un facteur G (général) qui était commun à toutes les épreuves d'intelligence, au cours de tests spécifiques, et qu'il a interprété comme une capacité différentielle, innée, d'énergie mentale et de raisonnement logique.

Stephenson a remis en question cette interprétation issue de l'analyse factorielle en faisant valoir que des dimensions importantes échappaient à l'observation des évaluateurs et des chercheurs. C'est ainsi qu'il a proposé la méthodologie du Q-sort qui permet de prendre en compte les différences intra individuelles que l'on rencontre particulièrement dans l'étude des cas isolés. La méthodologie du Q-sort permet à la fois de factoriser les variables, de les corrélérer et de prendre en compte leur importance dans une situation donnée.

La première étape est de recueillir chez un panel d'experts un grand nombre de formulations de la question à l'étude de façon à cerner le plus largement possible et de façon concrète, la description d'un contexte particulier (pour le PQS, il s'agit du processus de la psychothérapie et comme nous l'avons vu précédemment, le panel d'experts pour en établir les 100 formulations était issu de différentes approches théoriques).

La seconde étape est de déterminer la distribution attendue selon une courbe gaussienne établie en fonction du nombre d'énoncés.

Ces formulations sont ensuite soumises à un évaluateur à partir de données (transcription, vidéo, enregistrements, images...). Il doit attribuer à chacune d'elle une valeur (définie pour le questionnaire). Par exemple pour le PQS, les valeurs s'étendent de +4 à -4 suivant 9 catégories (cf. tableau ci-dessous).

135 Stephenson, W. (1953). The study of behavior : Q-technique and its methodology. Chicago : University of Chicago Press.

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	8	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre d'items dans chaque catégorie

[à ce stade, les formulations non pertinentes sont éliminées, ce qui suppose qu'il y ait au départ un nombre plus important de formulations que celui qu'il est envisagé de conserver]

Un nombre déterminé d'énoncés doit se trouver dans chacune des catégories (ici 9) auxquelles une valeur est attribuée (du plus au moins caractéristique, en passant par une valeur 0). Du fait de cette obligation (tri forcé), l'observateur est amené à ordonner les énoncés suivant la valeur qu'il lui accorde dans le cas précis (séance de psychothérapie transcrite). Par exemple, admettons que l'énoncé 22. *La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient* soit « très caractéristique de la séance +4 » et que 5 énoncés soient déjà classés dans +4, l'observateur devra évaluer, quel est l'élément qui semblerait un peu moins caractéristique que les autres afin de le situer dans une valeur inférieure.

La méthodologie permet une analyse assez fine mais bien entendu, elle présente aussi une difficulté parfois pour classer les énoncés dans les « petites » valeurs (+1, -1) et surtout les éléments considérés comme neutre ou non pertinents (0).

Il ne faut pas nier non plus que le classement des énoncés nécessite de relire plusieurs fois, les énoncés et l'objet sur lequel l'évaluation se fait (en ce qui nous concerne, des séances de psychothérapie).

2. Application de cette méthodologie pour le PQS

Reprendre les éléments ci-dessus concernant le PQS/méthodologie du Q-sort.

3. Description et pratique du PQS

Le PQS¹³⁶ constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour pouvoir répondre à une observation et éviter la référence directe à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Chaque item ou variable est également utilisé comme un descripteur en relation à tous les autres, de telle façon qu'ils se définissent l'un et l'autre et constituent leur contexte mutuel. Le PQS permet également de suivre au cours du temps les variations importantes qui se produisent dans les modèles ou les configurations du processus de la thérapie. Les descriptions sont conçues pour suggérer un certain nombre d'explications plutôt que d'apporter des prévisions empiriques simples. La stratégie combinée de description multidimensionnelle et d'identification des associations entre les configurations du processus et les résultats, permet de dépendre l'évolution du processus au cours du temps

¹³⁶ Le manuel complet d'utilisation dans sa version française est disponible sur demande

et de commencer à saisir l'interaction des multiples influences qui constituent la psychothérapie.

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. La fiabilité inter-cotateurs du PQS s'est avérée satisfaisante et cohérente et ceci avec cohérence pour une grande variété d'études et d'échantillons de traitement, [définition du r] r allant de 0,83 à 0,89 pour deux juges, et de 0,89 à 0,92 s'il y avait de 3 à 10 juges. On trouvera dans une série d'articles (Jones et al., 1988, Jones, Hall & Park, 1991 ; Jones & Pulos, 1993) une description de la construction de l'instrument ainsi que des données supplémentaires sur sa fiabilité et sa validité (Jones et al. 1993). Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hiérarchiser l'importance de chaque item 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). Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour en faciliter la cotation.

Le PQS comprend trois catégories d'items qui 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.

Chaque catégorie d'items est distribuée ainsi : a/ les comportements du thérapeute (n=41), b/ les comportements du patient (n=40), et c/ les interactions thérapeute-patient (n=19).

Présentation de Sirigati à utiliser).

Exemples des différents types d'items : 1er type : Item 26. Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).

- Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments de honte, de culpabilité, de peur, ou de tristesse au cours de la séance. Un placement extrême indique l'intensité de l'affect. • Placer vers non caractéristique si le patient n'exprime pas de tels sentiments pénibles, ou exprime des sentiments de confort et de bien-être.

2ème type : Item 2. Le thérapeute porte attention au comportement non verbal du patient, c-à-d, à la position du corps et à la gestuelle. • Placer vers caractéristique si le thérapeute porte attention au comportement non-verbal du patient, tel que des expressions faciales, rougeur, rire, gorge nouée, ou les mouvements de corps. Par exemple, le thérapeute précise que bien

que le patient dise qu'il (elle) est fâché, il sourit. • Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas d'éléments sur le comportement non verbal.

3ème type : Item 39. La relation présente une qualité concurrentielle. • Placer vers caractéristique si soit le patient soit le thérapeute semble en compétition avec l'autre. Cela peut prendre la forme de vantardise, d'une attitude de surenchère, ou de rabaisser l'autre ; par exemple le patient suggère que le thérapeute vit une vie cloîtrée alors qu'il vit lui-même et travaille dans le monde réel. • Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de sentiment de compétitivité entre le patient et le thérapeute.

Il existe trois ordres de cotations :

- Caractéristique = présence d'éléments caractéristiques selon définition.
- Neutre = non pertinent ou sans importance dans la séance.
- Non caractéristique = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable. Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie « neutre », ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie « neutre » quand il est vraiment non pertinent ou sans importance dans le contexte clinique actuel. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que l'absence d'un comportement ou d'une expérience particulière est remarquable. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Par exemple, l'item 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé. • Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentiels sont réalisés entre les perceptions par le patient, d'une expérience ou d'événements actuels avec celles et ceux du passé ; par exemple, le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance. • Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement. • Placer vers la catégorie neutre si ces sujets ne sont que très peu discutés ou pas du tout.

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée, ce qui facilite le travail et en réduit le temps.

- PERSPECTIVES

1. Méthodologie de recherche française utilisant le PQS

2. Devenir de l'utilisation du PQS en France à partir d'études concernant la pathologie borderline et l'autisme dans le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques

- CONCLUSION

- ANNEXES ARTICLE

Prototypes des différentes thérapies réalisés par des experts de la technique : psychodynamique, Comportementale et cognitive, Interpersonnelle et Intégrative (CMT)

1. Prototypes pour la psychothérapie psychodynamique (les 20 les plus caractéristiques)

90	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.71
93	Le thérapeute est neutre	1.57
36	Le thérapeute pointe l'utilisation patient de mécanismes de défense (annulation, dénégation) par le patient.	1.53
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	1.47
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute et empathique	1.46
67	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients	1.43
18	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (NB Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation).	1.38
32	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou atteint un insight	1.32
98	La relation thérapeutique est au centre de la discussion.	1.28
46	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.24
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation)	1.17
11	Les éprouvés et les expériences sexuels sont discutés.	1.12
82	Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute dans une perspective qu'il n'avait pas identifiée précédemment.	1.12
35	L'image de soi est un point central de discussion	1.11
91	Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.	1.08
92	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.	1.05
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient	0.95
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	0.92
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	0.88
22	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	0.87

Note. Les scores sont issus du classement de psychothérapeutes experts pour la psychothérapie psychodynamique (N = 11)

2. Prototypes pour la psychothérapie comportementale et cognitive (les 20 les plus caractéristiques)

38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	1.93
----	---	------

30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances	1.68
4	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.51
85	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres	1.49
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	1.45
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.43
23	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.38
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration	1.37
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.35
27	Le thérapeute donne un avis explicite et des conseils (vs diffère même quand il est pressé de le faire)	1.32
80	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente	1.28
86	Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (Vs incertain ou sur la défensive).	1.21
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique)	1.17
73	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie	1.14
57	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.13
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs	1.09
72	Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	1.08
95	Le patient se sent aidé	1.06
28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	1.05
48	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.02

4. Prototypes pour la psychothérapie Interpersonnelle (les 20 les plus caractéristiques)

63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	2.22
81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément	1.65
33	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	1.62
64	L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion	1.58
57	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.55
23	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.39
75	Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	1.32
66	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.29
02	Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, par exemple la posture corporelle, les gestes	1.27
40	Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (NB le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées).	1.25
16	Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de santé	1.20
03	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	1.19
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	1.15
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	1.13
04	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.10
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.09
48	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.09
26	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux)	1.05
96	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires	0.94
28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	0.91

3. Prototypes pour la psychothérapie Intégrative (Control Mastery) (les 10 les plus caractéristiques)

28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	2.11
22	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	1.91
66	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.69
46	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.61
20	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (NB un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile).	1.55
90	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.45
43	Le thérapeute propose une signification du comportement des autres.	1.41
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.33
41	Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion	1.32
68	Les significations réelles vs fantasmées de l'expérience sont activement différenciées	1.26

4. Prototypes des différentes psychothérapies dans l'ordre classés des items

Reclasser les items dans l'ordre permet de montrer les items communs parfois entre deux thérapies.

02	IPT	Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, par exemple la posture corporelle, les gestes	1.27
3	PD	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	0.92
03	IPT	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	1.19
4	TCC	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.51
04	IPT	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.10
6	PD	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute et empathique	1.46
11	PD	Les éprouvés et les expériences sexuels sont discutés.	1.12
16	IPT	Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de santé	1.20
17	TCC	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	1.45
18	PD	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (NB Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation).	1.38
20	CMT	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (NB un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile).	1.55
22	PD	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	0.87
22	CMT	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	1.91
23	TCC	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.38
23	IPT	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.39
26	IPT	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux)	1.05
27	TCC	Le thérapeute donne un avis explicite et des conseils (vs diffère même quand il est pressé de le faire)	1.32
28	TCC	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	1.05
28	IPT	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	0.91
28	CMT	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	2.11
30	TCC	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances	1.68
31	TCC	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration	1.37

32	PD	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou atteint un insight	1.32
33	IPT	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	1.62
35	PD	L'image de soi est un point central de discussion	1.11
36	PD	Le thérapeute pointe l'utilisation patient de mécanismes de défense (annulation, dénégation) par le patient.	1.53
37	TCC	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique)	1.17
38	TCC	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	1.93
40	IPT	Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (NB le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées).	1.25
41	CMT	Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion	1.32
43	CMT	Le thérapeute propose une signification du comportement des autres.	1.41
45	TCC	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.43
45	CMT	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.33
46	PD	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.24
46	CMT	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.61
48	TCC	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.02
48	IPT	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.09
50	PD	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation)	1.17
57	TCC	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.13
57	IPT	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.55
62	PD	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient	0.95
64	IPT	L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion	1.58
65	IPT	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	1.15
66	IPT	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.29
66	CMT	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.69
67	PD	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients	1.43
68	CMT	Les significations réelles vs fantasmées de l'expérience sont activement différenciées	1.26
69	TCC	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.35
69	IPT	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.09
72	TCC	Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	1.08
73	TCC	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie	1.14
75	IPT	Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	1.32
79	PD	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	0.88
79	IPT	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	1.13
80	TCC	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente	1.28
81	IPT	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément	1.65
82	PD	Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute dans une perspective qu'il n'avait pas identifiée précédemment.	1.12
85	TCC	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres	1.49
86	TCC	Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (Vs incertain ou sur la défensive).	1.21

88	TCC	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs	1.09
90	PD	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.71
90	CMT	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.45
91	PD	Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.	1.08
92	PD	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.	1.05
93	PD	Le thérapeute est neutre	1.57
95	TCC	Le patient se sent aidé	1.06
96	IPT	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires	0.94
98	PD	La relation thérapeutique est au centre de la discussion.	1.28
100	PD	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	1.47

5. Items concernant l'Alliance thérapeutique dans le PQS (In Price & Jones 1998)

Q95	P feels helped	.40****
Q55	P conveys positive expectations about therapy	.38***
Q32	P achieves a new understanding or insight	.37***
Q73	P is committed to the work of therapy	.36***
Q97	P is introspective, readily explores inner thoughts and feelings	.36***
Q72	P understands the nature of therapy and what is expected	.27*
Q88	P brings up significant issues and material	.25*
Q46	T communicates with patient in a clear, coherent style	.24*
Q78	P seeks T's approval, affection, or sympathy	.23*
Q45	T adopts supportive stance	.22*
Q06	T is sensitive to P's feelings, attuned to P; empathic	.21*
Q28	T accurately perceives the therapeutic process	.19
Q86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive)	.14
Q18	T conveys a sense of nonjudgmental acceptance	.13
Q10	P seeks greater intimacy with T	.05
Q53	P is concerned about what T thinks of him or her	(-.06)

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .005$. **** $p < .001$.

5. Sélection d'articles de A. Kazdin concernant la recherche sur les mécanismes de changement et recommandations la concernant.

- Kazdin AE. Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist* 2011, 66(8): 682-698.
- Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research* 2009 ; 19 (4&5) : 418–428.
- Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol.* 2008 ; 63(3):146-59.
- Kazdin AE. Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007. 3:1–27.
- 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) :1116–1129.
- Kazdin A.E., Kendall P.C. (1998). Current Progress and Future Plans for Developing Effective Treatments : Comments and Perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 1998; 27 (2) : 217-226.

6. J. Barthe. Prototypes de séances psychothérapeutiques représentatives des principales approches

Prototypes de processus thérapeutiques idéaux

Application du PQS

- METHODES DE CONSTRUCTION DES PROTOTYPES DE THERAPIES IDEALES

Une revue de la littérature des méthodes utilisées pour construire, à l'aide du PQS ou ses dérivés, un prototype des différents types d'interventions psychothérapeutiques fait constater que la méthode utilisée par Ablon & Jones (1998) est une référence. Elle a été utilisée à plusieurs reprises (Kramer & al, 2005 ; Bambery & al, 2005). Elle nécessite 3 étapes :

1. Faire remplir le PQS par des experts, en imaginant le déroulement idéal d'une thérapie selon leurs principes théoriques.
2. Réaliser une analyse factorielle afin de vérifier que chaque principe théorique correspond à un facteur, expliquant l'essentiel de la variance.
3. Réaliser une régression linéaire, afin de déterminer la contribution de chacun des 100 items à chaque facteur.

On peut cependant constater que les items les plus caractéristiques obtenus dans l'article de Kramer, avec l'APQ, et ceux obtenus chez Ablon & Jones, avec le PQS, sont très différents. Cela témoigne de l'influence du type de patient à qui s'adresse la thérapie sur la théorie.

Une autre méthode consiste à remplir les PQS en observant le déroulement de plusieurs séances de thérapie. Les patients étudiés sont très hétérogènes.

Pole & al (2008) ont utilisé les mêmes modalités d'analyse qu'Ablon & Jones, en partant de l'analyse des séances d'une patiente dépressive.

1. Jones & Pulos (1993)

Jones EE, Pulos M. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(2):306-316.

a) Les populations étudiées

1. Psychodynamique

Jones EE, Parke LA, Pulos M. How therapy is conducted in the private consulting room: a multiimentional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*. 1992;2(1):16-30.

Patients : 30 patients, ayant eu des évaluations pré et post-thérapie et des enregistrements audio de l'ensemble des séances.

Critères d'inclusion : Nécessité de l'accord du patient pour participer à l'étude, de la confirmation par une tierce personne que le patient tire un bénéfice de la thérapie, et qu'il ait dans son histoire des relations interpersonnelles significatives.

Critères d'exclusion : psychose, trouble organique, déficience mentale, abus de substances ou risque suicidaire.

Au total, les pathologies des patients inclus ont été : dépression, dysthymie, dépression atypique, phobie, trouble panique, anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de conversion, douleur psychogénique, hypochondrie, trouble dissociatif, troubles psychosexuels.

Thérapeutes : 15 thérapeutes appliquant thérapie psychodynamique (psychiatre, psychologue ou travailleur social).

2. TCC

Hollon SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Feb;59(1):88-99.

Patients : A partir d'une étude comparant l'efficacité de TCC +/- tricycliques dans le traitement de la dépression.

32 patients étudiés, pour lesquels les données ont été recueillies par le patient, le clinicien ou par les enregistrements audio de la séance. Les patients sont suivis sur 6 à 14 mois.

Critère d'inclusions : diagnostiqué pour EDM, BDI > 20, HDRS > 17.

Critères d'exclusion : dépendance à une drogue, risque suicidaire.

Thérapeutes : 1 psychologue clinicien et 3 travailleurs sociaux.

b) Méthode

Le PQS a été rempli par 10 juges (chercheurs et étudiants en psychologie, formés à la technique du Q-sort) à partir des transcriptions des heures de thérapie (cotations de 1 à 9)

Les séances 1, 5 et 14 de chaque cas (N=186) ont été randomisées et cotées indépendamment par 2 juges, en aveugles. Si la cor < 0,50 entre les 2 cotations, un troisième juge a été ajouté.

La corrélation inter-juge a été mesurée en utilisant le test de nullité de la corrélation de Pearson.

L'analyse du PQS a été réalisée en 2 étapes :

32. La première a consisté à identifier les items les plus et les moins caractéristiques de chaque étude.

33. La seconde a consisté en l'analyse des différences entre chaque type de thérapie (psychodynamique ou TCC).

Pour identifier l'item qui caractérise de manière la plus forte chaque traitement, la moyenne des 100 items a été calculée pour les heures 1, 5 et 14 de chaque patient. Les items ont été ordonnés, et les 10 items les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés.

2. Ablon & Jones (1998)

Ablon JS, Jones EE. HOW EXPERT CLINICIANS' PROTOTYPES OF AN IDEAL TREATMENT CORRELATE WITH OUTCOME IN PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. *Psychotherapy Research*. 1998;8(1):71-83.

Panel d'experts (11 psychodynamiques et 10 cognitivo-comportementalistes – expérience moyenne de 28,4 ans).

Il a été demandé aux experts de coter les 100 items du PQS, de 1 à 9, en caractérisant chaque item selon les principes théoriques d'une thérapie idéale.

Après avoir rempli le PQS, il a été demandé aux experts si un aspect important du processus thérapeutique n'était pas été abordé par les 100 items.

Analyse :

- Calcul du coefficient alpha de Cronbach : le coefficient alpha élevé pour les deux thérapies.
- Calcul des corrélations entre les experts d'une même théorie : les coefficients sont élevés.
- Analyse factorielle : l'analyse factorielle confirme la consistance dans chacun des deux groupes. L'analyse factorielle du PQS a été réalisée en considérant que les 21 experts étaient les variables corrélées aux 100 items. L'analyse factorielle (rotation varimax) identifie 2 facteurs (eigenvale supérieure à 1 et expliquant 69.3% de la variance): le facteur 1 associé aux 11 experts psychodynamiques, et le facteur 2 associé aux 10 experts cognitivo-comportementalistes.
- Régressions linéaires : des régressions linéaires ont été réalisées pour déterminer la contribution de chaque item à chacun des 2 facteurs. Les « scores de facteurs » représentent la somme pondérée de chaque item.

Les 20 items ayant les scores les plus élevés pour chaque technique sont donnés, **mais l'ensemble des 100 items a été utilisé pour définir les processus idéaux.**

3. Ablon & Jones (1999)

Ablon, JS, Jones EE. Psychotherapy process in the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm. *Journal of Counseling Psychology*. 1999;67:64-75.

a) La population étudiée

Patients : 250 patients ambulatoires âgés de 21 à 60 ans.

Critères d'inclusion : Présentent les "Research Diagnostic Criteria" pour un épisode dépressif majeur, score HDRS > 14

Critères d'exclusion : Troubles bipolaires ou troubles psychotiques, traitement psychiatrique concomitant, contre-indication aux l'imipraminiques, nécessité d'une intervention urgente (risque suicidaire élevé).

Les patients sont randomisés en 4 groupes. Les séances sont enregistrées.

Thérapeutes :

Les techniques thérapeutiques interpersonnelles (IPT) et cognitivo-comportementales (CBT) ont été réalisées en suivant des manuels détaillés.

10 thérapeutes ont réalisé des IPT, 8 ont réalisé des CBT. Ils avaient en moyenne 11 ans d'expérience clinique.

b) Méthode

Le PQS, dans cette étude, a été rempli par 9 chercheurs en psychologie ou étudiants en master. Ils ont tous été entraînés à la technique du Q-sort.

Les sessions 4 et 12 ont été sélectionnées pour 35 patients dans les groupes IPT et 29 dans le groupe CBT. Quand ces sessions n'étaient pas disponibles, la session la plus proche était retenue.

L'ensemble des sessions (N=128) a été randomisé, et les cotations ont été réalisées indépendamment par 2 juges en aveugle.

Lorsque la corrélation entre les deux cotations était faible ($r = .50$), Jones E réalisait une troisième cotation.

- Le calcul du coefficient alpha pour l'ensemble des thérapies est élevé (0.82) ; Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les coefficients alpha des 2 techniques. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les coefficients alpha des différents stades de thérapie.
- La comparaison dans les deux techniques thérapeutiques a été réalisée en 2 étapes :
 - Les items les plus et les moins caractéristiques du processus ont été identifiés.
 - Puis, les différences entre les deux types de thérapie ont été identifiées.
- La moyenne de chacun des 100 items (sur les 70 heures étudiées en IPT, et 58 en CBT) a été calculée pour déterminer l'item qui décrit au mieux la technique thérapeutique. Les items ont été ordonnés et les 10 items les plus caractéristiques et les 10 moins caractéristiques de chaque technique ont été identifiées.

4. Kramer (2005)

Kraemer HC, de Roten Y, Despland JN. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques*. 2005;11:359-70.

a) La population étudiée

Patients : 6 patients tout-venant, venus consulter un service ambulatoire avec une demande générale de psychothérapie, ont été attribués au hasard à l'une des 3 formes d'intervention ultrabrève (4 séances) suivantes : intervention psychodynamique brève (IPB), intervention d'inspiration comportementale et cognitive (ICC) et intervention d'inspiration familiale systémique (IFS).

Thérapeutes : Trois psychothérapeutes expérimentés (un par type de thérapie), avec au moins cinq ans de pratique et une expertise reconnue dans son modèle, ont participé à l'étude.

b) Méthode

Comme Ablon & Jones (1998).

10 experts ont permis de construire un prototype de thérapie familiale–systémique, et six experts un prototype de l'intervention psychodynamique brève.

Analyse non détaillée.

Ils ont semble-t-il travaillé uniquement avec les 10 items les plus caractéristiques. Ils n'utilisent pas les « scores de facteur ».

5. Bambery, Porcerelli & Ablon (2005)

Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS. MEASURING PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH THE ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY Q-SET (APQ): DEVELOPMENT AND APPLICATIONS FOR TRAINING. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007;44(4):405-22.

22 experts (12 pour la psychodynamique (PD) et 10 pour la CB cognitivo-comportementale (CB)) ont été recrutés en vue de la réalisation de prototypes de thérapies idéales psychodynamique (PD) et cognitivo-comportementale (CB), en appliquant le APQ (*Adolescent Psychotherapy Process Q-Set*, une adaptation du CPQ *Children Psychotherapy Process Q-Set*, qui est lui-même une adaptation du PQS). Ces experts se sont fait connaître pour avoir publié des articles référencés dans PubMed ou PsycINFO, ou avoir écrit des livres, sur les psychothérapies chez les adolescents.

Les experts ont dû remplir l'APQ, en cotant chaque item de -4 à 4, en suivant l'instruction suivante : « SVP, cotez la caractéristique de chacun de ces différents items selon votre compréhension de la conduite idéale d'une séance de thérapie pour un adolescent qui adhère à votre orientation théorique ». Les experts ont eu la possibilité de compléter l'APQ en rajoutant des items.

Analyse :

- Calcul du coefficient de Cronbach : le coefficient alpha élevé pour les 2 techniques (.93 pour PD, .94 pour CB).
- Création des prototypes à l'aide de la Q-technique, permettant la corrélation d'un faible nombre de participants à un plus grand nombre d'items (comme chez Ablon & Jones, 1998) :
 - Les 22 experts représentent les variables à corrélérer aux 100 items du APQ (N=100). Une analyse factorielle est réalisée, avec rotation oblique. Les facteurs initiaux retenus ont été déterminés comme ayant une eigenvalue > 1.0 après une rotation oblique (expliquant 70.1% de la variation dans les corrélations des différents experts). Les choix des facteurs a été confirmée à l'aide d'une analyse parallèle, pour montrer que les facteurs qui émergent le sont de manière supérieure à la seule chance (utilisation de 100 données aléatoires avec 22 variables générées et 100 participants générés). Les experts PD ont tous été associés au facteur 2, et les experts CB au facteur 1.
 - Puis, une régression linéaire est réalisée pour déterminer la contribution de chaque item aux 2 facteurs. Les items avec le score le plus élevé définissent le plus le facteur.

Les résultats des 25 items ayant les scores les plus élevés pour chaque technique sont donnés, mais l'ensemble des 100 items ont été utilisés pour définir les processus idéaux.

6. Pole, Ablon & O'Connor (2008)

Pole N, Ablon JS, O'Connor LE. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long-Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(2):221-232.

a) La population étudiée

Patient : Mme M. âgée de 35 ans, présentant un Episode Dépressif Majeur selon de DSM-IV, sans avoir de désordres selon l'axe I et l'axe II, suivie en thérapie longue.

Thérapeute : Psychologue, expérience clinique de 10 ans et pratiquant la théorie du contrôle (CMT).

b) Méthode

8 juges indépendants (étudiants en psychologie clinique, ou chercheurs) entraînés à utiliser le PQS. Les juges ont été randomisés en par paires pour coter 1 séance sur 4 séances de Mme M. (n=53) dans un ordre aléatoire. Quand la corrélation est <0.5 , un troisième juge est ajouté. Le coefficient de corrélation intraclasse (inter-juge) est élevé (.81).

Analyse identique que dans l'article d'Ablon & Jones (1998).

- METHODES DE CARACTERISATION DE LA TECHNIQUE THERAPEUTIQUE

Dans les articles publiés, la caractérisation de la technique utilisée par rapport aux prototypes idéaux utilise le plus souvent la corrélation.

1. Jones & Pulos (1992)

Jones EE, Parke LA, Pulos M. HOW THERAPY IS CONDUCTED IN THE PRIVATE CONSULTING ROOM: A MULTIDIMENSIONAL DESCRIPTION OF BRIEF PSYCHODYNAMIC TREATMENTS. *Psychotherapy Research*. 1992;2(1):16-30.

Population étudiée : voir Jones & Pulos, 1993 (p 3).

Le PQS a été rempli par 10 juges (chercheurs et étudiants en psychologie, formés à la technique du Q-sort) à partir des transcriptions des heures de thérapie (cotations de 1 à 9)

Les séances 1, 5 et 14 de chaque cas (N=90) ont été randomisées et cotées indépendamment par 2 juges, en aveugles. Si la cor $< 0,50$ entre les 2 cotations, un troisième juge a été ajouté.

Pour caractériser le processus thérapeutique, les moyennes de chacun des 100 items ont été calculées pour chacune des trois séances (1, 5 et 14).

Les items qui sont neutres (moyenne entre 4.5 et 6.5 pendant les 3 séances) sont retirés de l'analyse. Les items restants ont été ordonnés pour repérer les items les plus et les moins caractéristiques.

Une analyse de variance (ANOVA) avec mesures répétées a été réalisée pour les items caractéristiques pour identifier ceux qui évoluent de façon significative au cours des séances. Une MANOVA n'était pas adaptée parce que le nombre d'item (N=71) est supérieure au nombre de patients (N=30).

Puis une analyse à l'aide du test de Newman-Keuls pour comparaisons multiples a été utilisée pour déterminer quel intervalle (heure 1 à 5 ou 5 à 14) était la source de variance.

2. Ablon & Jones (1998)

Ablon JS, Jones EE. HOW EXPERT CLINICIANS' PROTOTYPES OF AN IDEAL TREATMENT CORRELATE WITH OUTCOME IN PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. *Psychotherapy Research*. 1998;8(1):71-83.

Les données proviennent de 3 psychothérapies (2 thérapies brèves psychodynamiques (Jones & Pulos, 1992 ; Horowitz & al, 1984) , et 1 TCC (Hollon & al, 1992).

Les PQS des séances ont été remplis par des étudiants en doctorat en psychologie clinique ou par des psychologues professionnels, formés à la technique du Q-sort. Lorsque la cor $< .50$, un troisième juge était rajouté.

La grille PQS de chaque séance est corrélée avec les prototypes psychodynamiques, ou TCC. Les corrélations sont ensuite transformées en z-score (Fischer z à r transformation).

3. Ablon & Jones (2002)

Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*. 2002;159:775-783.

Les séances du "NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program" sont évaluées par le PQS, afin de regarder à quel point le traitement est proche des prototypes de thérapie. Pour chaque patient, chacun des 100 items est corrélé avec les « score de facteur » du prototype. Cette corrélation est transformée en z-score.

4. Kramer (2005)

Kraemer HC, de Roten Y, Despland JN. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques*. 2005;11:359-70.

Chaque séance de chaque intervention est comparée avec chacun des prototypes. La somme des scores des 20 items les plus caractéristiques de chaque prototype est divisée par la somme maximale théorique ($20 \times 9 = 180$). Les résultats sont exprimés en pourcentage de correspondance.

Un pourcentage positif indique que les éléments du prototype sont jugés comme caractéristiques de la séance (somme > 90). Un score négatif, que les éléments du prototype comme non-caractéristiques (somme < 90).

5. Bambery, Porcerelli & Ablon (2005)

Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS. MEASURING PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH THE ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY Q-SET (APQ): DEVELOPMENT AND APPLICATIONS FOR TRAINING. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007;44(4):405-22.

A partir des séances d'un adolescent de 14 ans en traitement pour trouble des conduites et trouble d'opposition. La thérapie psychodynamique a été réalisée par un psychologue en cours de doctorat. Le superviseur était un psychanalyste.

Le thérapeute et le superviseur ont coté indépendamment chaque séance (séances 12, 13, 14, 15 et 43, 44, 45, 46) dans un ordre aléatoire.

Les 100 items de l'APQ des prototypes (PD et CB) ont été corrélés avec les 100 items de chaque séance de thérapie afin de déterminer la corrélation entre les sessions réalisées et les prototypes psychothérapeutiques.

6. Ablon & Katzenstein (2006)

Ablon JS, Katzenstein T. BEYOND BRAND NAMES OF PSYCHOTHERAPY: IDENTIFYING EMPIRICALLY SUPPORTED CHANGE PROCESSES. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006;43(2):216-31.

Afin de mesurer l'adhérence aux prototypes idéaux (issus d'Ablon & Jones, 1998), les scores des prototypes ont été corrélés avec les scores des séances étudiées. Pour chaque patient, chaque item était corrélé avec le « score de facteur » correspondant au prototype.

Les corrélations de Pearson sont transformées en z-score.

7. Ablon, Levy & Katzenstein (2006)

Ablon JS, Levy R, Katzenstein T. A naturalistic study of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006;43(2):216-231.

Méthode identique à l'aide des corrélations et du calcul des z-scores.

- ANNEXES

1. Annexe 1 – Jones & Pulos, 1993

Table 2
Rank Ordering of Q-Items for Patients in Psychodynamic Therapy

PQS item and no.	<i>M</i>
10 Least characteristic items	
Q 15. P does not initiate topics; is passive.	1.88
Q 25. P has difficulty beginning the hour.	2.09
Q 9. T is distant, aloof.	2.42
Q 14. P does not feel understood by T.	2.43
Q 5. P has difficulty understanding T's comments.	2.46
Q 89. T acts to strengthen defenses.	2.59
Q 12. Silences occur during the hour.	2.65
Q 51. T condescends to or patronizes P.	2.65
Q 77. T is tactless.	2.69
Q 42. P rejects T's comments and observations.	2.70
10 Most characteristic items	
Q 69. P's current or recent life situation is emphasized.	7.60
Q 63. P's interpersonal relationships are a major theme.	7.16
Q 62. T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct.	6.98
Q 65. T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.91
Q 88. P brings up significant issues and material.	6.87
Q 35. Self-image is a focus of discussion.	6.81
Q 92. P's feelings and perceptions are linked to the past.	6.75
Q 81. T emphasizes P's feelings in order to help him/her experience them more deeply.	6.57
Q 94. P feels sad or depressed.	6.41
Q 18. T conveys a sense of nonjudgmental acceptance.	6.40

Note. Average item means (Hours 1, 5, and 14). The number of treatment hours = 90. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

Table 3
Rank Ordering of Q-Items for Patients in Cognitive-Behavioral Therapy

PQS item and no.	<i>M</i>
10 Least characteristic items	
Q 9. T is distant and aloof.	1.54
Q 5. P has difficulty understanding the T's comments.	2.42
Q 93. T is neutral.	2.56
Q 42. P rejects T's comments and observations.	2.63
Q 20. P is provocative, tests limits of therapy relationship.	2.81
Q 14. P does not feel understood by T.	3.88
Q 25. P has difficulty beginning the hour.	2.97
Q 83. P is demanding.	3.01
Q 87. P is controlling.	3.02
Q 12. Silence occurs during the hour.	3.08
10 Most characteristic items	
Q 17. T actively exerts control over the interaction.	7.96
Q 37. T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	7.82
Q 30. Discussion centers on cognitive themes.	7.78
Q 69. P's current or recent life situation is emphasized.	7.50
Q 38. There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	7.46
Q 31. T asks for more information or elaboration.	7.43
Q 35. Self-image is a focus of discussion.	6.95
Q 57. T explains rationale behind his or her technique.	6.94
Q 45. T adopts supportive stance.	6.91
Q 65. T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.80

Note. Average item means (Hours 1, 5, and 14). The number of treatment hours = 96. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

2. Annexe 2 – Ablon & Jones (1998)

TABLE 1. Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Psychodynamic Technique Factor

PQS #	Item description	Factor score
20 Most characteristic items of ideal psychodynamic therapy		
90	P's dreams or fantasies are discussed.	1.71
93	T is neutral.	1.57
36	T points out P's use of defensive maneuvers, e.g. undoing, denial.	1.53
100	T draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.	1.47
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.	1.46
67	T interprets warded off or unconscious wishes, feelings or ideas.	1.43
18	T conveys a sense of nonjudgmental acceptance.	1.38
32	P achieves a new understanding or insight.	1.32
98	The therapy relationship is a focus of discussion.	1.28
46	T communicates with P in a clear, coherent style.	1.24
50	T draws attention to feelings regarded by P as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement).	1.17
11	Sexual feelings and experiences are discussed.	1.12
82	P's behavior during the hour is reformulated by T in a way not explicitly recognized previously.	1.12
35	Self-image is a focus of discussion.	1.11
91	Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.	1.08
92	P's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.	1.05
62	T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct.	0.95
3	T's remarks are aimed at facilitating P's speech.	0.92
79	T comments on changes in P's mood or affect.	0.88
22	T focuses on P's feelings of guilt.	0.87

Note. Factor scores derived from expert psychodynamic therapists' (N = 11) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

TABLE 2. Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Technique Factor

20 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy		
PQS #	Item description	Factor score
38	There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	1.93
30	Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.	1.68
4	P's treatment goals are discussed.	1.51
85	T encourages P to try new ways of behaving with others.	1.49
17	T actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).	1.45
45	T adopts supportive stance.	1.43
23	Dialogue has a specific focus.	1.38
31	T asks for more information or elaboration.	1.37
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	1.35
27	T gives explicit advice and guidance.	1.32
80	T presents an experience or event in a different perspective.	1.28
86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).	1.21
37	T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	1.17
73	P is committed to work of therapy.	1.14
57	T explains rationale behind technique or approach to treatment.	1.13
88	P brings up significant issues and material.	1.09
72	P understand the nature of therapy and what is expected.	1.08
95	P feels helped.	1.06
28	T accurately perceives the therapeutic process.	1.05
48	T encourages independence of action or opinion in P.	1.02

Note. Factor scores derived from expert cognitive-behavioral therapists' (N = 10) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

3. Annexe 3 – Ablon & Jones (1999)

Table 1
Rank Ordering of Q-items for Interpersonal Therapy

10 Most characteristic items of interpersonal therapy		
PQS #	Item description	Mean
63	P's interpersonal relationships are a major theme.	8.06*
64	Love or romantic relationships are a topic of discussion.	7.93
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	7.61*
31	T asks for more information or elaboration.	7.51*
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.	7.10
18	T conveys a sense of non-judgmental acceptance.	6.94
65	T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.85
45	T adopts supportive stance.	6.82*
35	Self-image is a focus of discussion.	6.70*
62	T identifies a recurrent theme in the P's experience or conduct.	6.61
10 Least characteristic items of interpersonal therapy		
9	T is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).	1.55*
12	Silences occur during the hour.	2.22
15	Patient does not initiate topics; is passive.	2.41
77	T is tactless.	2.54
51	T condescends to, or patronizes P.	2.71
14	P does not feel understood by T.	2.72
20	P is provocative, tests limits of therapy relationship.	2.77*
83	P is demanding.	2.89*
25	P has difficulty beginning hour.	2.91*
42	P rejects (vs. accepts) T's comments and observations.	3.00*

Note. Average item means. Number of treatment hours = 70. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient. * indicates those Q-items which were also among the 10 most or 10 least characteristic items of cognitive-behavioral therapy (see Table 2).

Table 2
Rank Ordering of Q-items for Cognitive-Behavioral Therapy

10 Most characteristic items of cognitive-behavioral therapy		
PQS #	Item description	Mean
17	T actively exerts control over the interaction.	8.44
36	There is discussion of specific tasks for P to attempt outside of session.	8.09
30	Discussion centers on cognitive themes.	8.09
37	T behaves in a teacher-like or didactic manner.	8.06
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	7.50*
27	T gives explicit advice and guidance.	7.25
35	Self-image is a focus of discussion.	6.92*
31	T asks for more information or elaboration.	6.88*
45	T adopts supportive stance.	6.82*
63	P's interpersonal relationships are a major theme.	6.77*
10 Least characteristic items of cognitive-behavioral therapy		
9	T is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).	1.72*
93	T is neutral.	2.22
87	P is controlling.	2.65
83	P is demanding.	2.73*
81	T emphasizes P's feelings in order to help him/her experience them more deeply.	3.31
20	P is provocative, tests limits of therapy relationship.	3.32*
67	T interprets warded-off or unconscious wishes, feelings, or ideas.	3.34
42	P rejects (vs. accepts) T's comments and observations.	3.46*
25	P has difficulty beginning hour.	3.48*
56	P discusses experiences as if distant from his/her feelings.	3.63

Note. Average item means. Number of treatment hours = 58. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient. * indicates those Q-items which were also among the 10 most or 10 least characteristic items of interpersonal therapy (see Table 2).

4. Annexe 4 - Bamberg, Porcerelli & Ablon (2005)

TABLE 1. Rank Ordering of Q-Items by Factor Scores on Psychodynamic Process Factor

APQ item no.	25 Most characteristic items of ideal adolescent psychodynamic therapy item description	Factor score
6†	Therapist is sensitive to the adolescent's feelings	1.37
77†	Therapist's interaction with adolescent is sensitive to the adolescent's level of development	1.36
45	Therapist tolerates adolescent's strong affect or impulses	1.21
76†	Therapist makes links between adolescent's feelings and experience	1.18
75	Interruptions, breaks in the treatment, or termination of therapy are discussed	1.16
50	Therapist draws attention to feelings regarded by the adolescent as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement)	1.15
4†	There is discussion of why adolescent is in therapy	1.08
98	The therapy relationship is discussed	.94
92	Adolescent's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past	.94
79	Therapist comments on changes in adolescent's mood or affect	.94
63	Adolescent explores relationships with significant others	.94
35	Adolescent's self-image is a theme	.89
36	Therapist points out adolescent's use of defenses	.88
74	Humor is used	.87
96	Adolescent's parents are a topic of discussion	.87
1	Adolescent expressed negative feelings (e.g., criticism, hostility) toward therapist (vs. expressed approval and admiration)	.87
100	Therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships	.83
97	Therapist emphasizes verbalization of internal states and affects	.82
62	Therapist points out a recurrent theme in the adolescent's experience or conduct	.79
88	Material of hour is meaningful and relevant to adolescent's conflicts	.77
3	Therapist's remarks are aimed at encouraging adolescent's speech	.76
49	Adolescent conveys or expresses mixed or conflicted feelings about the therapist	.76
52	Therapist makes explicit statements about the end of the hour, upcoming weekend, or holiday	.75
14	Physical symptoms or health are discussed	.73
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases adolescent's communication	.71

Note. A dagger (†) - a shared item from the top 10 items of the CBT prototype; APQ = Adolescent Psychotherapy Process Q-set.

TABLE 2. Rank Ordering of Q-Items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Process Factor

APQ item no.	25 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy item description	Factor Score
27	There is a focus on helping the adolescent plan behavior outside the session	1.70
77†	Therapist's interaction with adolescent is sensitive to the adolescent's level of development	1.56
57	Therapist attempts to modify distortions in adolescent's beliefs	1.51
23	Therapy session has a specific focus or theme	1.40
6†	Therapist is sensitive to the adolescent's feelings	1.37
17	Therapist actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, introducing new topics)	1.32
4†	There is discussion of why adolescent is in therapy	1.27
76†	Therapist makes links between adolescent's feelings and experience	1.26
28	Therapist accurately perceives the therapeutic process	1.21
38	Therapist and adolescent demonstrate a shared vocabulary or understanding when referring to events or feelings	1.21
69	Adolescent's current or recent life situation is emphasized	1.19
86	Therapist is confident, self-assured (vs. uncertain or unsure)	1.13
31	Therapist asks for more information or elaboration	1.12
55	Therapist directly rewards desirable behaviors	1.10
82	Therapist helps adolescent manage feelings	1.10
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases adolescent's communication	1.07
74	Humor is used	1.03
99	Therapist offers help or guidance	1.02
79	Therapist comments on changes in adolescent's mood or affect	.94
62	Therapist points out a recurrent theme in the adolescent's experience or conduct	.92
32	Adolescent achieves a new understanding or insight	.92
75	Interruptions, breaks in the treatment, or termination of therapy are discussed	.92
14	Physical symptoms or health care discussed	.90
72	Adolescent is active	.90
48	Therapist sets limits	.88

Note. A dagger (†) a shared item from the top 10 items of the psychodynamic prototype; APQ = Adolescent Psychotherapy Process Q-set.

5. Annexe 5- Pole, Ablon & O'Connor (2008)

Table 1
Ten Most Characteristic Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Items in Cognitive Behavioral, Psychodynamic, and Control Mastery Prototypes Ranked by Factor Score

Most characteristic cognitive behavioral items	Factor score	Most characteristic psychodynamic items	Factor score	Most characteristic control mastery items	Factor score
There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session (PQS#38).*	1.93	P's dreams or fantasies are discussed (PQS#90).*	1.71	T accurately positives therapy process (PQS#28).*	2.11
Discussion centers on cognitive themes (e.g., ideas or belief systems) (PQS#30).*	1.68	T is neutral (PQS#93).*	1.57	T focuses on goal (PQS#22).*	1.91
P's treatment goals are discussed (PQS#4).*	1.51	T points out P's use of defenses (PQS#36).*	1.53	T is directly reassuring (PQS#66).*	1.69
T encourages P to try new ways of behaving with others (PQS#85).*	1.49	T interprets transference (PQS#100).*	1.47	T communicates in a clear coherent style (PQS#46).*	1.61
T actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, introducing new topics) (PQS#17).*	1.45	T is sensitive to P's feelings, attitudes, empathic (PQS#6).*	1.46	P is provocative, tests the limits of the therapy relationship (PQS#20). ^b	1.55
T adopts a supportive stance (PQS#45).*	1.43	T interprets unconscious wishes, feelings, or ideas (PQS#67).*	1.43	P's dreams or fantasies are discussed (PQS#90).*	1.45
Dialogue has a specific focus (PQS#23).*	1.38	T conveys nonjudgmental acceptance (PQS#18).*	1.38	T suggests the meaning of other's behavior (PQS#47).*	1.41
T asks for more information or elaboration (PQS#31).*	1.37	P achieves a new understanding or insight (PQS#32). ^b	1.32	T adopts a supportive stance (PQS#45).*	1.33
P's recent life situation is emphasized in discussion (PQS#69).*	1.35	The therapy relationship is discussed (PQS#98).*	1.28	P's aspirations/ambitions are discussed (PQS#41).*	1.32
T gives explicit advice and guidance (PQS#27).*	1.32	T communicates in a clear, coherent style (PQS#46).*	1.24	T actively distinguishes reality from fantasy (PQS#63).*	1.26

Note. PQS item numbers are given in parentheses following PQS item content. Each prototype is actually composed of all 100 PQS items but with different factor scores reflecting the different emphasis given by the experts. The absence of a particular process in a given prototype in this table should not be taken to mean that the experts judged that process to be unimportant. It only means that the experts did not consider it among the 10 most important features of the therapy.

T = Therapist, P = Patient.

*PQS therapist behavior item. ^bPQS client behavior item. ^cPQS therapist-client interaction item.

6. Articles à récupérer

Psychotherapy integration as practiced by experts.

By Hickman, Enith E.; Arnkoff, Diane B.; Glass, Carol R.; Schottenbauer, Michele A.
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 46(4), Dec 2009, 486-491.

Abstract

Twenty-four psychotherapists who were experts in psychotherapy integration and had a mean of 32 years of clinical experience completed a questionnaire assessing their practice history and fidelity to various psychodynamic, cognitive-behavioral, humanistic, and family systems theories. They then completed the 100-item Psychotherapy Process Q set (Jones, Hall, & Parke, 1991) modified to be a self-report questionnaire, based on a client they had treated using integrative therapy. Most therapists reported some influence of all 4 orientations, but almost three-quarters indicated that only 1 was a salient influence. Principal components factor analysis revealed 4 factors representing 4 integrative practice styles, which were then correlated with prior prototypes of cognitive-behavioral, psychodynamic, and interpersonal therapies. The first factor, accounting for just over half the variance, most resembled cognitive-behavioral therapy. The second factor shared elements of several orientations, whereas the third factor most resembled psychodynamic therapy. The responses of more than half the therapists loaded on more than 1 factor. Findings demonstrate a diversity of theoretical influences and practices among these experts. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study.

By Porcerelli, John H.; Dauphin, V. Barry; Ablon, J. Stuart; Leitman, Susan; Bamberg, Michael
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 44(1), Mar 2007, 1-13.

This case study of process and outcome is based upon data obtained during a 5-year psychoanalysis of an adult male with avoidant personality disorder (AVPD). To date, no known systematic case studies, effectiveness studies, or randomized control trials exist for psychoanalysis in the treatment of AVPD. In this study, self-reported symptoms and observer-rated personality disorder (PD), global functioning, object relations, and psychological health were gathered at intake, after each year of treatment, and at 1-year follow-up. Process data was gathered to determine the extent to which the treatment adhered to prototypes of psychodynamic, cognitive-behavioral, and interpersonal therapy. Results indicated that the patient achieved clinically significant reductions in PD, symptom severity, and relational pathology. Gains were maintained at 1-year follow-up. The treatment significantly adhered to psychodynamic principles throughout, with some use of cognitive-behavioral and interpersonal principles in the third year of treatment. These findings warrant further investigation of psychoanalysis for AVPD and demonstrate the usefulness of assessing multiple domains of patient functioning and treatment process. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies.

By Karlsson, Roger; Kermott, Amy

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 43(1), Spr 2006, 65-84.

Abstract

Reflective-functioning (RF) is the ability to recognize the existence and nature of mental processes taking place in the self and in others (e.g., intentions and wishes). RF was investigated here as a patient variable during the process in two studies of brief psychotherapy. The first study investigated cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT) in the TDCRP sample. The second study investigated psychodynamic psychotherapy (BPD). The Psychotherapy Process Q-set (PQS) was implemented to identify process correlates associated with high and low RF in order to distinguish which specific components in the psychotherapeutic process are related to RF. Process correlates defining high RF had good outcome, and process correlates defining low RF had poor outcome. RF remained stable or decreased during treatments and was linked with personality characteristics in the patients. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

LIVRET D'ÉVALUATION

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES
PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

PÔLE Autisme

Pôle Autisme : descriptif des études

L'étude porte sur les résultats et le processus des thérapies de la communication, des psychothérapies psychodynamiques et des thérapies cognitivo-comportementales de jeunes enfants atteints d'autisme.

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer les effets de ces thérapies sur les trajectoires développementales en combinant des techniques d'évaluation clinique (comportementale, développementale, et de fonctionnement psychologique et social).

Les données recueillies (verbatim) font l'objet d'une évaluation standardisée par 3 cotuteurs et d'une validation en groupe de pairs. L'analyse de chaque cas (de contenu et statistique) porte sur le diagnostic, les résultats et leur relation avec le processus et ses principaux modérateurs et médiateurs. L'étude est initiée par une formulation de cas, complétée d'un recensement des modérateurs et accompagnée d'un diagnostic nosographique CIM-10. Cette évaluation approfondie comprend également l'ECAR-T et la GRCEEAIT. Les modérateurs concernent les différents facteurs présents avant la thérapie et susceptibles d'intervenir sur son déroulement et ses résultats. Par exemple, le « plateau technique » dont peut disposer l'enfant, l'investissement de la thérapie par la famille, l'intégration scolaire et la qualité des contacts avec les structures de soin et les accompagnants. Ces modérateurs sont également, éventuellement, renseignés par les différentes échelles diagnostiques (ADI-R ou CARS, SCENO TEST) et de fonctionnement (BECS ou WISC (selon l'âge)) qui sont une source d'information sur la sévérité des troubles et les aptitudes de l'enfant. L'étude dure un an et comprend une observation qualitative et quantitative des caractéristiques du processus de la psychothérapie à différents temps (initiation, 3 mois, 6 mois, [9 mois] (CPQ) et de l'évolution du développement/fonctionnement du patient (ECAR-T et GRCEEAIT). L'évaluation à un an comprend une nouvelle formulation de cas, l'ECAR-T, la GRCEEAIT, le CPQ et la CIM-10. Elle est éventuellement complétée de mesures issues du BECS ou du WISC, de l'ADI-R ou du CARS, et du SCENO-TEST.

L'analyse porte sur la variation des variables quantitatives et l'analyse des mécanismes de changement, en mettant en relation la variation des indicateurs de changement avec les principaux médiateurs du processus et la chronologie des effets constatés.

Indicateurs de changement

10 indicateurs de fonctionnement : 1. autonomie, 2. gravité des symptômes, 3. malaise et détresse subjective, 4. conséquences de l'état de l'enfant sur l'entourage, 5. utilisation par l'enfant de ses capacités, notamment dans le jeu, l'apprentissage et le langage, 6. qualité de la communication, 7. Exploration de l'espace et des objets, nature et diversité des intérêts de l'enfant, 8. expression et tolérance émotionnelle, 9. sens de l'humour, 10. résolution de problème et capacité d'adaptation.

6 indicateurs de processus : 1. représentation de soi, 2. conflictualité psychique, 3. alliance thérapeutique, 4. implication dans la thérapie, 5. mécanismes de défense et aptitudes d'ajustement ; modalités réactionnelles, 6. action thérapeutique.

Fiche d'évaluation

code patient :

code thérapeute :

Date passation	PATIENT	
	Sexe	
	Age	
	Début de traitement	
	Psychothérapeute code	
	Autres cotuteurs (gr. de pairs) - code	
	EVALUATION PRÉ-THÉRAPIE (CENTRE DIAGNOSTIQUE) - MODÉRATEURS	ADI-R ou CARS, SCENO TEST, BECS ou WISC
	EVALUATIONS au cours de la Psychot.	
	<i>1^{ère} évaluation (3 premiers entretiens)*</i>	
	Entretien clinique 1	Diagnostic, objectif, stratégie
	Entretien clinique 2	Diagnostic, objectif, stratégie
	Entretien clinique 3	Diagnostic, objectif, stratégie
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Diagnostic classification	CIM 10
	FORMULATION DE CAS	= ligne de base de la psychothérapie
	<i>2^{ème} évaluation à 2 mois</i>	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	
	<i>3^{ème} évaluation à 6 mois</i>	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	
	<i>4^{ème} évaluation à 12 mois ou sortie de traitement</i>	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Diagnostic classification	CIM-10
	FORMULATION DE CAS	
	EVALUATION Post-THÉRAPIE (CENTRE DIAGNOSTIQUE)	ADI-R ou CARS, SCENO TEST, BECS ou WISC

- *descriptif de la marche à suivre page suivante pour l'évaluation de départ.
- *Recommandation* : noter la date de passation sur la fiche **et** sur la séance afin de retrouver le cas échéant sur quelle séance précisément a été faite l'évaluation.

Évaluation de départ

Dispositif de la séance

Approche psychothérapique : psychodynamique, relationnelle humaniste, systémique, cognitivo-comportementale,

Fréquence des séances :

Durée des séances :

Paramètres spécifiques :

Recueil des données

Les trois premières séances et celles qui entrent dans le protocole d'évaluation font l'objet d'une prise de notes aussi complète que possible incluant les propos du patient, mais également les questions et interventions du thérapeute. Chaque fois que c'est possible, elle sont enregistrées.

Les éléments suivants sont systématiquement recherchés

- origines de la demande (qui l'envoie ?) et antécédents
- données démographiques : âge, fille, garçon
- existence d'un traitement psychotrope en cours

A la fin des 3 premiers entretiens (il est recommandé de faire ce travail à la fin de chacun des entretiens pour élaborer au fur et à mesure des différentes séances de psychothérapie les hypothèses diagnostiques et les objectifs envisageables).

- Relecture et finalisation des notes suivant conventions typographiques¹³⁷
- Envoi aux autres membres du groupe de pairs
- Chacun des membres du groupe de pairs est invité à établir
 - 1) un diagnostic à partir :
 - a. des éléments pathologiques les plus significatifs (sémiologie) et
 - b. de la problématique psychopathologique de l'enfant suivant l'approche du thérapeute ; le diagnostic est complété d'indications concernant
 - 2) les objectifs généraux de la psychothérapie et
 - 3) la stratégie initiale pour les atteindre

A la fin du troisième entretien : formulation de cas

Après comparaison des analyses et discussion avec les autres membres du groupe, une formulation du cas¹³⁸ est établie suivant le plan suivant :

- 1) Problèmes actuels de l'enfant et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (symptômes et comportements les plus manifestes, éléments précipitants, facteurs prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, étendue et qualité des relations interpersonnelles, niveau de développement, autonomie et handicap.
- 2) Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, pathologies, ...)
- 3) Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à 1/ une interprétation des facteurs précipitant 2/ des influences et 3/ des fonctionnements qui maintiennent les problèmes de l'enfant (a) *relation à des événements marquant, inscrits dans le développement, repérés comme éléments saillants ou manquant, sensibilité émotionnelle ; b) situations de sécurité/insécurité ; c) fonctionnements : contact et relations avec le corps, les objets, autrui ; déficits de la communication, attention et langage ; déficit contenance et expression émotionnelle, insight ; immaturité des mécanismes de défense et d'ajustement ; aptitudes cognitives*). Éléments favorables.
- 4) Cette formulation est accompagnée d'une première définition des *buts* (p.e., réduction de l'angoisse, aménagement d'une relation d'objet et construction d'un espace psychique, développement) ; des *objectifs intermédiaires* (p.e., établissement d'une bonne relation avec l'enfant et sa famille, jeu et valorisation des aptitudes, construction de l'image de soi ...), de la *stratégie* pour les atteindre (modalité psychothérapique utilisée).

¹³⁷ Précisées par le thérapeute

¹³⁸ Suivant le CFCCM. Ells T , Kendjelic E, Lucas C. What's in a case formulation. *J of Psychotherapy Practice and Research* 1998, 7 :144-153.

Éléments complémentaires de l'évaluation de départ

- A l'issue des trois premières séances, le thérapeute remplit l'ECAR-T et la GRCEEAI en relation à son diagnostic psychopathologique avec la classification de la CIM-10

Certificat de consentement à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies.

Ce certificat est en annexe pour que l'anonymat général de ce livret soit respecté

Consentement des parents du patient obtenu.

ÉVALUATION PRÉ-PSYCHOTHERAPIE

Tests déjà réalisés = modérateurs

PÔLE Autisme

Résultats des pré-tests déjà réalisés (modérateurs)

BECS ou WISC, SCENO-TEST, ADI-R ou CARS

code patient :

code thérapeute :

1^{ère} ÉVALUATION : 3 premiers séances

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séance 1 :

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séance 2 :

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séance 3 :

Commentaires des premières séances par les membres du groupe de pairs

Année :

Semaine :

Patient (*code*):

Thérapeute (<i>code</i>)	Cotateur 1 (<i>code</i>)	Cotateur 2 (<i>code</i>)

Résultats GRILLE DE REPÉRAGE CLINIQUE DES ÉTAPES ÉVOLUTIVES DE L'AUTISME INFANTILE TRAITÉ

In *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, p. 495-527 (1995)

Auteurs : Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., MaufRAS
du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

Année : Semaine : Patient (*code*) :

Cotateur 1 (*code*) : Cotateur 2 (*code*) : Cotateur 3 (*code*) :

Formulation de cas initiale

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème :

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :

Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :

Objectifs

Stratégie de départ

CIM 10

ÉVALUATION à 2 mois

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des séances à 2 mois

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séances 1 et 2 :

Résultats ECAR-T

Année : Semaine : Patient (code) :

Cotateur 1 (code) : Cotateur 2 (code) : Cotateur 3 (code) :

Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	
Observations :	
.....	
.....	
.....	
.....	


Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20
 Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

48103010 - 09/2006

Résultats **GRILLE DE REPÉRAGE CLINIQUE DES ÉTAPES ÉVOLUTIVES DE L'AUTISME INFANTILE** In *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, p. 495-527 (1995)

Auteurs : Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., MaufRAS du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

Année : Semaine : Patient (*code*) :

Cotateur 1 (*code*) : Cotateur 2 (*code*) : Cotateur 3 (*code*) :

Résultats *Child Psychotherapy Q-sort*. Processus de la psychothérapie

Année : Semaine : Patient (code) :

Cotateur 1 (code) : Cotateur 2 (code) : Cotateur 3 (code) :

Child psychotherapy Q-Set Celeste Schneider, Enrico E. Jones, 2006.	Cot1	Cot2	Cot3	consensus	VD
Item 1. L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [vs. Exprime des approbations ou de l'admiration].					
Item 2. Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).					
Item 3. Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.					
Item 4. Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.					
Item 6. Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.					
Item 7. L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).					
Item 8. L'enfant est curieux.					
Item 9. Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).					
Item 10. L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute.					
Item 11. Des sentiments ou des pensées sexuels émergent.					
Item 12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.					
Item 13. L'enfant est animé ou excité					
Item 14. Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.					
Item 15. L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute.					
Item 16. Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).					
Item 17. Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).					
Item 18. Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord.					
Item 19. L'enfant demande un conseil ou une information.					
Item 20. L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique.					
Item 21. le thérapeute dévoile quelque chose de lui.					
Item 22. L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé.					
Item 23. La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.					
Item 24. Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique.					
Item 25. L'enfant a des difficultés à partir de la séance.					
Item 26. L'enfant est socialement désaccordé ou décalé.					
Item 27. Il y a une attention particulière pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance.					
Item 28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.					
Item 29. La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique).					

Item 30. Les aspirations ou les ambitions de l'enfant font partie des thèmes abordés.					
Item 31. Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.					
Item 32. L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.					
Item 33. L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un.					
Item 34. L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés.					
Item 35. L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.					
Item 36. Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense.					
Item 37. Le thérapeute se comporte de façon didactique.					
Item 38. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou à des sentiments.					
Item 39. L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute.					
Item 40. L'enfant communique de façon inaffective.					
Item 41. L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute.					
Item 42. L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.					
Item 43. Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres.					
Item 44. L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (vs confiant et en sécurité).					
Item 45. Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.					
Item 46. Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.					
Item 47. Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.					
Item 48. Le thérapeute pose des limites					
Item 49. L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute.					
Item 50. Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, envie, excitation).					
Item 51. L'enfant attribue ses propres caractéristiques ou ses sentiments au thérapeute.					
Item 52. Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.					
Item 53. L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes.					
Item 54. L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale.					
Item 55. Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables.					
Item 56. L'enfant est distant de son ou de ses sentiments.					
Item 57. Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant.					
Item 58. L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.					
Item 59. L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur).					
Item 60. Le thérapeute est protecteur de l'enfant.					
Item 61. L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).					
Item 62. Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant.					
Item 63. L'enfant explore les relations avec les autres significatifs.					
Item 64. L'enfant dessine le thérapeute dans son jeu.					
Item 65. Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.					

Item 66. Le thérapeute est directement rassurant.					
Item 67. Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées.					
Item 68. Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées.					
Item 69. La situation récente ou actuelle de la vie de l'enfant est mise en valeur dans la discussion.					
Item 70. L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.					
Item 71. L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire.					
Item 72. L'enfant est actif.					
Item 73. L'enfant exprime des craintes ou montre un comportement phobique.					
Item 74. L'humour est utilisé.					
Item 75. Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.					
Item 76. Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience.					
Item 77. L'interaction du thérapeute avec l'enfant est sensible au niveau du développement de l'enfant.					
Item 78. L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute.					
Item 79. Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.					
Item 80. L'enfant se comporte de façon dépendante (vs insiste sur son indépendance).					
Item 81. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.					
Item 82. Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments.					
Item 83. L'enfant est exigeant.					
Item 84. L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs.					
Item 85. L'agression de l'enfant est dirigée contre lui.					
Item 86. Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).					
Item 87. Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).					
Item 88. Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.					
Item 89. Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.					
Item 90. Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.					
Item 91. Une phase précoce de développement est un thème.					
Item 92. Les sentiments ou les perceptions de l'enfant sont liés aux situations ou comportement du passé.					
Item 93. Le thérapeute est neutre.					
Item 94. L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).					
Item 95. Le jeu de l'enfant manque de spontanéité.					
Item 96. Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.					
Item 97. Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.					
Item 98. La relation thérapeutique est discutée.					
Item 99. Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils.					
Item 100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.					

ÉVALUATION à 6 mois

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des séances à 6 mois

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séances 1 et 2 :

RÉSULTATS

Année : Semaine : Patient (*code*) :

Cotateur 1 (*code*) : Cotateur 2 (*code*) : Cotateur 3 (*code*) :

ECAR-T

Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	
Observations :	
.....	
.....	
.....	
.....	
 Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20 <small>Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays</small>	

GRCEEAIT

Child Psychotherapy Q-sort. Processus de la psychothérapie (insérer pages)

ÉVALUATION À 12 MOIS

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des séances à 12 mois

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Séances 1 et 2 :

RÉSULTATS

Année : Semaine : Patient (code) :

Cotateur 1 (code) : Cotateur 2 (code) : Cotateur 3 (code) :

ECAR-T

Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	
Observations :	
.....	
.....	
.....	
.....	
 Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20 <small>Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays</small>	

GRCEEAIT

Child Psychotherapy Q-sort. Processus de la psychothérapie (insérer pages)

Formulation de cas à un an

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui peuvent contribuer à son problème :

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :

Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :

Facteurs non dynamiques ayant pu contribuer aux changements apparus (événements de vie, soutien de la famille, amis, ...)

Première analyse des éléments de la psychothérapie qui ont pu contribuer à cette évolution

Identité et différentiel entre les objectifs envisagés et ceux qui ont été atteints

Résultats des évaluations complémentaires

CIM 10

BECS ou WISC, SCENO-TEST, ADI-R ou CARS

code patient :

code thérapeute :