



# Évaluation des processus de changement en psychothérapie

Dr Jean-Michel THURIN

Ancien Président de la Fédération Française de Psychiatrie

Directeur d'enseignement Diplôme Universitaire Stress, traumatisme et pathologies  
Co Coordinateur du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques



## Introduction

- Le viol peut être à l'origine d'un véritable processus d'immobilisation voire de destruction de la personne. L'implication de ce constat est que, lorsqu'une telle évolution se produit parce que le viol a été répété ou ignoré, le traitement du traumatisme complexe qui en résulte ne peut se résumer à la résolution des principaux symptômes de stress post-traumatique. Il concerne aussi la transformation profonde que la personne a vécu dans sa vie psychique, son rapport à l'autre, à soi et plus généralement à la réalité, sur une longue période. Des troubles somatiques variés accompagnent souvent la souffrance psychique et le stress durable vécus.
- Dans ces cas, la psychothérapie va être le lieu de référence et d'appui d'un véritable processus de changement. Évaluer ce processus, c'est en pouvoir en mesurer les effets, mais aussi les ressorts. *On sait aujourd'hui qu'ils ne se résument pas à l'application d'une technique.* C'est de cette double approche que peut se constituer une véritable connaissance transmissible sur lesquelles peuvent s'appuyer les pratiques.
- Nous allons donc dans un premier temps essayer de décrire ce processus de changement. Partant des conditions de son départ, nous en présenterons les différentes étapes, telles qu'elles ont été décrites par J Herman, puis d'autres. Nous reviendrons ensuite sur ce processus à partir de trois questions : qu'est-ce qui a changé, qu'est-ce qui a permis et comment s'est produit le changement ? Questions qui sont l'enjeu de la recherche évaluative actuelle en psychothérapie, dont le praticien et le patient peuvent se saisir et auxquelles une méthodologie adéquate peut apporter aussi ses réponses.

Syndrome post-traumatique simple et État post-traumatique complexe (EPTC)  
Symptômes et dysfonctionnements dans l' EPTC

## ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE INITIALE

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

3

## Réactions de stress post-traumatique simple

- Les réactions de stress post-traumatique simple se manifestent habituellement après *un seul événement traumatisant*.
- La personne peut
  - **avoir des cauchemars ou des flash-backs** à propos de l'événement en question (un flash-back est un moment soudain et pénible où l'on revit de façon très vive l'événement traumatisant ou certains des éléments qui l'ont constitué) ;
  - **éviter** des choses qui lui rappellent l'événement ; se sentir engourdie au plan émotif ; s'éloigner de sa famille et de ses amis ; ne plus s'intéresser aux activités de la vie quotidienne ;
  - **être toujours sur ses gardes ou en état d'alerte, présenter des signes physiques** (troubles digestifs, douleurs, ...).
  - développer des moyens de défense : déni, fuite, intellectualisation ...
- Cet état, lorsqu'il est pris en charge rapidement et bien, peut s'atténuer progressivement.

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

4

## État de stress post-traumatique complexe

- Se rencontre dans le cas d'un stress traumatique prolongé, répété, *ignoré*.
- Les symptômes sont persistant.
- Il existe fréquemment des **symptômes somatiques**, une **dépression particulière** avec le sentiment que la vie n'a aucune valeur ou que sa propre vie ne vaut rien, une **dégradation de l'identité** et de la **vie relationnelle**, un **changement de personnalité**, une **vulnérabilité particulière**, une tendance à se faire mal et à s'exposer à des situations dangereuses.
- Les traitements isolés de chaque trouble (maux de tête, insomnie, anxiété, dépression, etc.) ne marchent pas bien.
- Globalement, les personnes ne vont durablement pas bien et la tentation de porter un diagnostic péjoratif se renforce

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

5

## État de stress post-traumatique complexe

De façon plus précise (J Herman), la personne présente

- Des troubles de la régulation affective
  - Un état d'insatisfaction permanente de la vie, des idées suicidaires chroniques, une tendance à se faire du mal, des colères explosives ou extrêmement inhibées (pouvant alterner), une sexualité compulsive ou extrêmement inhibée (pouvant alterner), une difficulté à rester calme et à se détendre ; des problèmes de sommeil chroniques.
- Des altérations de la perception de soi
  - Un sentiment d'impuissance ou de paralysie, un sentiment inexplicable de honte, de culpabilité ou de reproche à soi-même, le sentiment d'être complètement différente des autres (qui peut inclure un sentiment de solitude, le sentiment de ne pouvoir être compris), une très mauvaise représentation de soi.
- Des modifications de la conscience, incluant
  - Une amnésie ou une hypermnésie des événements traumatiques, des épisodes de dissociation transitoire, des moments de dépersonnalisation, de sentiment d'écart par rapport à la réalité, le revécu des expériences traumatiques, un évitement de la pensée, pouvant être associé à une hyperactivité et à un fonctionnement opératoire.

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

6

## État de stress post-traumatique complexe

- Des troubles de la relation avec l'agresseur, incluant
  - Une préoccupation presque permanente à son égard, l'attribution d'un pouvoir total, (quelque fois) une idéalisation ou du moins une attitude paradoxale, le sentiment d'une relation spéciale ou supra naturelle, l'acceptation du système de croyance ou des rationalisations de l'agresseur.
- Des troubles de la relation avec les autres, incluant
  - Une angoisse extrême de prendre la parole, un isolement et un retrait, une rupture des relations intimes, une méfiance persistante, des manquements répétés de la protection de soi.
- Des troubles des systèmes de signification
  - Une perte complète de confiance, un sentiment d'impuissance et de désespoir, le sentiment de ne pas avoir droit à ses propres sentiments, opinions ou désirs, de ne pas avoir droit au succès ni au bonheur.
- Des troubles de l'alimentation, un syndrome adrénurgique et inflammatoire à expression diverse.

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

7

## Mécanismes de défense et d'adaptation

Pour composer avec ces sentiments, bien des personnes

- développent un trouble de l'alimentation ; se livrent à des abus d'alcool ou d'autres drogues ; se mutilent en s'infligeant des coupures ou des brûlures ; s'éloignent des autres car elles se sentent plus en sécurité lorsqu'elles sont seules ; essaient de plaire aux autres pour éviter qu'ils se mettent en colère, soient déçus ou blessés.
- Ces mécanismes d'adaptation renforcent souvent le sentiment d'isolement et de dépression et peuvent aggraver l'anxiété et les problèmes de sommeil.
- Ces comportements peuvent les aider à composer avec des sentiments pénibles pendant un certain temps. Mais à la longue, ils perdent de leur efficacité.
- Les personnes entreprennent généralement une thérapie lorsqu'elles ne se sentent plus capables de composer avec leurs problèmes dans leurs relations ou dans leur quotidien. Elles peuvent, par exemple, avoir de la difficulté à dormir ou se sentir dépassées par leur travail ou leur rôle de parent. Cet état aboutit parfois à une TS.

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

8

Situation de départ et principes généraux  
 La relation thérapeutique  
     relation, alliance et limites  
     le thérapeute et son rôle  
     les interactions : transfert et contre transfert traumatique

## LE CADRE D'UNE RECONSTRUCTION

## Situation de départ et principes généraux

- Initialement, la personne est dans une situation de **destruction individuelle** et de **rupture des liens avec les autres**. La reconstruction ne peut se faire que dans le contexte d'une **restauration des relations**. Elle ne peut se faire dans l'isolement .
- La reprise de confiance, d'assurance et la création de nouvelles relations implique de nouvelles expériences. En particulier, une **émancipation de la situation de dépendance et d'impuissance** dans laquelle la personne se trouve.
- Cette transformation ne peut se faire qu'à partir de **la personne elle même, avec l'aide du thérapeute et dans le contexte de relations « au bon niveau »** (ni trop proches, ni trop distantes), avec une attention particulière aux composantes et interactions de la relation thérapeutique.
- Dans ce cadre, la personne peut **retrouver les bases fondamentales qu'elle avait perdues** : la confiance, son autonomie, ses compétences, son identité et la possibilité de partager une intimité.

## Relation, alliance et limites

- **La relation** s'engage souvent dans un contexte général de méfiance. La relation thérapeutique peut être testée, interrompue, reconstruite.
- **L'alliance** se développe à partir d'un travail partagé. C'est une relation d'engagement existentiel dans laquelle les deux partenaires s'attellent à la tâche de la récupération, *de façon partagée et complémentaire*.
- **Les limites** de ce que chacun peut supporter seront envisagées, en même temps que le cadre est défini à la fois solidement et avec un certain degré de flexibilité
- Le thérapeute doit pouvoir lui-même bénéficier d'un système de soutien

## La relation thérapeutique

- **Le thérapeute**
  - est l'allié de la patiente, il met à sa disposition ses compétences et son expérience, sans se substituer à elle
  - est attentif au fait de la dépendance potentielle dans laquelle la patiente peut s'inscrire en relation aux expériences de dépendance qu'elle a vécues. Il est de sa responsabilité de n'utiliser le pouvoir qui lui est prêté que dans la perspective de la récupération de la patiente.
  - est « neutre », dans le sens où il ne prend pas position dans les conflits internes de la patiente ou n'essaye pas de diriger ses décisions ...
  - et où il est en même temps dans une position de reconnaissance de la vérité qu'elle exprime, de l'expérience dramatique qu'elle a subie, de sa position et de ce qu'elle est en droit d'attendre.

## La relation thérapeutique

- **Le rôle du thérapeute**

- Il est à la fois intellectuel et relationnel, encourageant à la fois l'insight et une relation empathique
  - *L'insight* recouvre, chez une personne, la compréhension de ses fonctionnements psychologiques et émotionnels internes, et de leur relation à des situations interpersonnelles et à des comportements répétés (par exemple, les accès de peur, de dissociation, de violence contre soi), ainsi que leur connexion à des expériences passées. L'insight recouvre l'aptitude à comprendre et à décrire sa propre vulnérabilité, ses réactions au stress et ses possibilités d'adaptation.
  - *La relation empathique* dérive de la compréhension émotionnelle du thérapeute, de sa préoccupation pour le problème du patient et de sa possibilité de se représenter ce qu'il éprouve

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

13

## Les interactions patient(e) - thérapeute

- **Le transfert traumatique.** Souvent marqué par

- **Dynamiques de dominance et de soumission.**
  - On retrouve dans le transfert des réponses émotionnelles déformées par l'expérience d'une relation pathologique subie d'autorité et de non respect. Ces réponses peuvent être intenses lorsque P a le sentiment de perdre le contrôle de la relation. Leur mise en acte envers le thérapeute peut être mise en relation avec la relation vécue avec l'agresseur.
- **Expériences d'impuissance et d'abandon.**
  - Quand le thérapeute ne parvient pas à répondre à ses attentes idéalisées (ce qui est inévitable), la patiente peut répondre de façon désespérée, avec rage, en essayant de réduire le thérapeute à la propre position d'impuissance, de peur et de honte dont elle a souffert.
- **Méfiance.**
  - Elle va s'exprimer par rapport à la capacité du thérapeute d'entendre, de se représenter et de comprendre l'expérience vécue, ou d'être vraiment un allié.
- **Une interprétation faussée** des intentions et des réactions du thérapeute (souvent « identification projective »)

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

14

## Les interactions patient(e) - thérapeute

- **Le contre transfert traumatique**

- Le thérapeute peut être émotionnellement débordé.
- Il peut être atteint par la vision de la réalité que le patient lui transmet, devenir cynique et pessimiste vis à vis de la condition humaine, partager le sentiment d'impuissance et de peur, la dépression profonde de la P.
- Et répondre à cette perception par un soutien, une disponibilité trop importante, voire un sentiment de toute puissance ; ou à l'inverse redouter la colère et la rage de la P.
- La tâche du thérapeute est d' « identifier » les acteurs implicites de la scène, l'agresseur, la victime, le spectateur immobile, l'entourage qui répond de façon inadaptée.

Rétablir une sécurité de base

Explorer les souvenirs traumatiques et faire le deuil des attentes liées

Changer de monde et s'engager dans une vie normale

## TROIS ÉTAPES DE LA RECONSTRUCTION

Identifier le problème et formuler le diagnostic

Restaurer chez la P sa capacité de maîtriser sa situation et sa sécurité

## **RÉTABLIR UNE SÉCURITÉ DE BASE**

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

17

## Rétablir une sécurité de base

1. Identifier le problème et formuler le diagnostic avec la P
  - Symptômes de surface (p.e., somatisations, insomnie ou anxiété chronique, problèmes relationnels)
  - Interroger la patiente sur les événements, circonstances de sa vie
  - Le diagnostic adéquat peut avoir été retardé
2. Restaurer chez la P sa capacité de maîtriser sa situation et sa sécurité
  - Prendre en compte les symptômes physiques d'hyper réactivité, d'hyper vigilance et d'intrusion (médicaments, relaxation, marche, écriture ...)
  - Informer P sur les symptômes, leur origine et leur fonction
  - Développer une relation de confiance dans la thérapie
  - ...

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

18

## Rétablir la sécurité de base

2. Restaurer chez la P sa capacité de maîtriser sa situation et sa sécurité (suite)
  - Mobiliser les soutiens naturels.
  - Établir un environnement sûr, aider P à commencer à reconstruire les fonctions du moi qui ont été endommagées
  - Se préoccuper des auto mutilations et conduites de risque, en rechercher les circonstances de déclenchement et la signification
  - Suivre comment évolue le sentiment de soi et la confiance accordée au thérapeute.
  - Cette phase de sécurisation et de construction d'une alliance solide est un préliminaire indispensable à l'engagement d'un travail exploratoire. En accepter le temps et éviter la mise en acte du fantasme de catharsis libérateur. Cette première phase se réalise progressivement.

dire l'histoire du traumatisme  
couper les liens qui le maintiennent présent

**EXPLORER LES SOUVENIRS TRAUMATIQUES**  
**FAIRE LE DEUIL DES ATTENTES LIÉES**

## Explorer les souvenirs traumatiques

- Dire l'histoire du traumatisme, la dire complètement, en profondeur et en détail
  - Travail difficile, trouver un chemin entre l'évitement et l'intrusion ; si les symptômes s'accroissent, réduire le rythme et reconsidérer le processus de la thérapie.
  - Aborder la situation de P avant et après le trauma, comment il a réagi et quelle a été l'attitude de son entourage, les affects qui l'ont accompagné et l'accompagnent encore.
  - *Le thérapeute facilite l'expression et l'utilisation du langage et partage le poids émotionnel du trauma, reste au plus près de ce qui est dit, cherche à clarifier ce qui ne l'est pas, est ouvert sans chercher à forcer la compréhension.*
  - L'objectif de la verbalisation est l'intégration, pas l'exorcisme
  - En elle même, la reconstruction du trauma ne traite pas la dimension sociale et relationnelle de l'expérience traumatique

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

21

## Remémoration et deuil des attentes

- Dans les situations d'amnésie, processus lent, pénible, souvent frustrant ressemble à la réalisation d'un puzzle.
- L'exploration du passé peut se faire à partir de photographies, la construction d'un arbre généalogique. Les flashbacks, les cauchemars, des situations analogues déclenchantes sont des voies d'accès à la mémoire.

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

22

## Faire le deuil de son ancien moi

- Un acte de contrition de l'agresseur est exceptionnel. Quand le deuil de cette attente est fait, la P peut être surprise du changement de statut de l'agresseur qui devient insignifiant, alors que la vie repart sur d'autres bases. Paradoxalement P peut se libérer de l'agresseur quand elle renonce à l'espoir d'obtenir une compensation de lui.
- Après de nombreuses répétitions survient le moment où le récit du traumatisme n'éveille pratiquement plus de sentiments intenses. Il est devenu un souvenir comme d'autres souvenirs et commence à s'estomper comme d'autres souvenirs. L'expérience traumatique est devenue du passé. Il est temps de reconstruire sa vie et de poursuivre ses aspirations dans le futur.

Changer de monde et assumer ses propres changements

Renouveler les liens avec les autres

Établir un nouveau système de valeurs et de croyances

## **CHANGER DE MONDE ET S'ENGAGER DANS UNE VIE NORMALE**

## Changer de monde et de soi

- **Construire une nouvelle vie** dans une culture radicalement différente de celle que l'on a laissée derrière soi. A ce stade l'émancipation d'une certaine position de dépendance profonde et l'établissement de nouveaux liens sont des expériences centrales de la guérison.
- **Remettre en question** ce qui « allait de soi » et examiner ses vulnérabilités : un certain rapport de subordination, le silence et la honte, une recherche dangereuse de reconnaissance, une certaine vision du monde,
- **Apprendre à se confronter** à des situations de peur (p. e., dire ce qui s'est passé), de danger quelle aurait fuites, à rectifier la réalité qu'elle s'était construite (par exemple, que l'agresseur éprouverait de la culpabilité). En vivre les satisfactions et les déceptions.

## Se réconcilier avec soi

- **Se dégager** de l'emprise du passé , de fonctionnements que l'on pensait être les siens, accepter de ressentir un sentiment d'étrangeté par rapport à un contexte de vie « normal ». Affronter un quasi sevrage par rapport à « l'ordinaire », son vécu dramatique, ses violences
- **Redéfinir** ses valeurs en intégrant à ce qu'elles étaient, ce que l'expérience du trauma a modifié, et ce qui a été acquis.
- **S'engager** dans une reconstruction de sa vie, remplacer le sentiment d'isolement par une perception de communauté avec les autres
- **Se sentir bien** avec soi, être fier de soi.

## Renouveler les liens avec les autres

- Possibilité de rechercher de nouvelles relations amicales « simples » et réelles (pas construites sur du faux self )
- La psychothérapie devient plus ordinaire
- Ouverture vers des relations sentimentales. La sexualité peut être difficile. Rôle du partenaire
- Reconnaissance de l'impact que le trauma peut avoir eu sur les proches

## Résolution du trauma

- Elle n'est jamais vraiment complète. Des événements peuvent le réactiver (p.e., une victime d'abus durant l'enfance qui a résolu suffisamment son traumatisme peut faire l'expérience d'une reprise de ses symptômes quand elle se marie, quand elle a son premier enfant, ou quand son enfant atteint le même âge qu'elle avait quand elle a été agressée)
- Dans ces cas, une reprise de la psychothérapie ne signifie pas qu'elle a échoué, mais qu'il restait des éléments qui n'avaient pas été élaborés.
- La porte reste ouverte

Sept critères de résolution du trauma

Qu'est-ce qui a changé ?

Comment le changement s'est-il produit ?

Qu'est-ce qui a permis le changement ?

## ÉVALUATION DU PROCESSUS DE CHANGEMENT ET DE SES RÉSULTATS

## Sept critères de résolution du trauma

(d'après Mary Harvey)

1. Les symptômes physiologiques de l'état traumatique ont été porté dans des limites gérables
2. La personne est capable de supporter les sentiments associés aux souvenirs traumatiques
3. La personne dispose de ses souvenirs : elle peut choisir de se souvenir de son trauma comme de le mettre de côté
4. La mémoire de l'événement traumatique est un récit cohérent, lié avec des sentiments
5. L'estime de soi endommagée a été réparée
6. Les relations importantes de la personne ont été rétablies
7. La personne a reconstruit un système cohérent de signification et de croyance qui intègre l'histoire du trauma.

## Le processus de changement

- Cette présentation est évidemment un canevas.
- Si l'on résume le processus de changement, trois questions se posent quant à son évaluation.
  - Qu'est-ce qui a changé ? (les effets dans différents registres)
  - Dans quelles conditions s'est-il produit ?
  - Qu'est ce qui permis le changement et comment s'est-il produit (les mécanismes) ?
- Elles s'inscrivent dans les nouvelles perspectives de l'évaluation des psychothérapies qui a été centrée pendant 25 ans sur les résultats essentiellement symptomatiques d'interventions brèves voire ultra brèves, appliquées à des groupes en comparaison à des groupes témoins. Ces études ont montré leurs limites, à la fois au niveau méthodologique et au niveau de l'utilisation de leurs résultats dans la pratique.

## Qu'est-ce qui a changé ?

- Nous sommes dans une situation où le changement se caractérise non seulement dans une réduction des symptômes (à la fois psychiques et somatiques), mais dans une véritable reconstruction qui concerne le rapport au monde, à soi et aux autres.
- Les principaux indicateurs de changement sont les suivants
  1. Réduction de la dépression, hypervigilance, troubles somatiques témoins d'hyperstimulation adrénérergique (tachycardie, instabilité tensionnelle), gastro-intestinaux, et de dérèglement hormonal (syndrome inflammatoire)
  2. Amélioration de la régulation affective, avec disparition de la peur panique ou de l'insécurité permanente, des « actes contre soi » (auto-mutilations mais aussi au sens plus large)
  3. Sentiment de confiance, d'autonomie (dans le sens d'un sentiment de distinction, de flexibilité, et de possession de soi suffisants pour définir ses propres aspirations)
  4. Retour de la possibilité de penser, de se souvenir, de se projeter dans l'avenir, d'avoir son système de valeurs et de signification.
  5. Rétablissement de relations interpersonnelles de bonne qualité

## Dans quelles conditions le changement s'est-il produit ?

- Le changement s'est produit en différentes étapes qui ont été présentées schématiquement, mais dont on saisit bien qu'elles sont dépendantes les unes des autres.
- Sans une sécurité de base, sans une relation thérapeutique impliquée, sans une volonté de sortir de certains fonctionnements, il n'y aura pas de véritable changement.
- Mais aussi, des changements si profonds qu'ils paraissent trop difficiles à atteindre peuvent se réaliser suivant un processus assez naturel qui implique la personne et les autres, notamment le thérapeute

Ces éléments font ressortir l'influence du *cadre* et de facteurs liés à la *patiente*, au *thérapeute* et à *leur interaction*. Évidemment, cela pose en amont la question de l'accès au soin.

## Qu'est-ce qui a permis le changement ?

- Ce processus « naturel » ne doit pas masquer la grande technicité du processus.
- Nous avons vu combien la relation thérapeutique peut être difficile à tenir dans la durée, comment elle est exposée par la nature même du traumatisme et des relations pathologiques qui l'ont accompagnée.
- Elle requiert chez le patient une volonté dans la durée,
  - De s'émanciper, dans le sens d'une convergence de soutien mutuel et d'autonomie individuelle.
  - de surmonter les crises qui peuvent se produire
- et de la part du thérapeute une capacité de se représenter les vécus dans des situations extrêmes et de comprendre à quoi ils peuvent aboutir, tout en restant attentif à l'approche et aux actions thérapeutiques qui peuvent permettre au patient de progresser.

## L'évaluation du processus

- Dans ce parcours long et difficile, il est donc important de ne pas se contenter d'une comparaison *avant – après*, mais de suivre ce qui se modifie et comment (les facteurs qui y participent).
- A chaque étape, des indicateurs peuvent permettre de suivre le déroulement de la psychothérapie et éventuellement alerter le thérapeute et le patient que les choses se déroulent bien ou moins bien. Ils concernent ceux que nous venons de présenter (diapo 31), mais aussi ceux qui concernent les conditions de la psychothérapie elle-même et les changements qui y sont observables.
- Ils peuvent être résumés dans le tableau suivant

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

35

## Tableau récapitulatif

Bon contact ; souvent amélioration de départ	Réduction hypervigilance, régulation sommeil, tachycardie, tolérance affective, insight	Relations perceptions et langage, régulation affective, insight	Affirmation, estime de soi, relation réalité, relations interpersonnelles,
Évaluation diagnostique (symptômes et vécu, fonctionnements, relations à soi et autres, histoire)	Identifier les problèmes, réduire ceux qui peuvent l'être, maîtriser les situations d'angoisse et d'acting	Verbalisation et élaboration Recherche souvenirs oubliés Se dégager de la relation à l'agresseur.	Remises en question, confrontations, se dégager du passé, redéfinir, reconstruire
Entretiens diagnostiques et mise en place du cadre	Phase 1. Sécurité de base	Phase 2. Souvenirs traumatiques	Phase 3. Changer de monde
Accueil, alliance thérapeutique, limites,	Sécurisation et construction d'une alliance solide empathie, aide insight, gestion transfert et contre-transfert traumatique	Expression et clarification sans forçage ni intrusion	Accompagnement et soutien nouvelles expériences et identité et positionnement dans la psychothérapie.
Régulation des systèmes physiologiques		Ligne de temps t	
Étapes psychothérapie	Conduite thérapeutique (T)	Actions psychothérapeutiques (T et P)	Indicateurs de changement

22-23/10/2009

Soigner les victimes de viol . JM Thurin. Évaluation des processus de changement en psychothérapie

36

- Ce tableau fait apparaître à quel point la psychothérapie des personnes ayant subi un viol est « souvent » un processus complexe où les changements ressentis et exprimés traduisent des transformations et des reconfigurations profondes qui impliquent à la fois la personne, la relation à l'autre, la mémoire, et les systèmes physiologiques qui ont été plus ou moins fortement dérégulés.
- On remarque au niveau « actions thérapeutiques » comment l'impulsion de ces actions se déplace progressivement du thérapeute à la patiente et le croisement entre la courbe des symptômes et celle de l'autonomie.
- Le niveau des atteintes et les résultats qui peuvent être obtenus demandent que des progrès continuent à se réaliser dans ce champ.

## Mesures de changement

- Il existe différents instruments permettant de suivre le processus de changement de la psychothérapie d'un traumatisme complexe (Thurin JM et Thurin M, 2007)
  - Concernant les symptômes psychiatriques et les fonctionnements psychologiques :
    - ESPT : Échelle d'impact des événements (Weiss), PTSD Interview
    - Santé et fonctionnements : Échelle santé-maladie (ESM) Luborsky ; Échelles psycho dynamiques de fonctionnement (Hoglund)
  - Concernant le processus interne de la psychothérapie
    - Echelle de configuration du processus psychothérapique (PQS) Jones.
- L'évaluation peut également se faire au niveau des symptômes somatiques et de leurs bases physiologiques (Thurin JM et Baumann N, 2003)
  - Symptômes inflammatoires, douleurs, troubles gastro-intestinaux, ...
  - Dosages du cortisol, paramètres cardiovasculaires, hémoglobine glycosylée, cholestérol (MacEwen),
- Dans un contexte de recherche, par l'imagerie fonctionnelle (cf., p.e. la revue de Wingenfeld et al. 2009)

## REVIEW

## Borderline personality disorder: Hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies

Katja Wingenfeld<sup>a,\*</sup>, Carsten Spitzer<sup>a</sup>, Nina Rullkötter<sup>b</sup>, Bernd Löwe<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf & Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Germany

<sup>b</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy Bethel, Ev. Hospital Bielefeld, Bielefeld, Germany

Received 22 July 2009; received in revised form 31 August 2009; accepted 14 September 2009

## KEYWORDS

Borderline personality disorder;  
HPA axis;  
Amygdala;  
Hippocampus;  
Neuroimaging;  
Stress

**Summary** Borderline personality disorder (BPD) is a complex and serious mental disorder that is commonly seen in psychiatric practice. Although stress, especially early life stress, seems to be associated with the development of the disorder, there has been far less research on the function of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in BPD, compared to other psychiatric disorders, such as major depressive disorder and post-traumatic stress disorder. Stress has been suggested to exert damaging effects on the brain, particularly the hippocampus; therefore, neuroimaging studies yield important insight into the neurobiology of BPD. This article reviews research on the HPA axis and neuroimaging studies in BPD and aims to integrate these findings.

© 2009 Elsevier Ltd. All rights reserved.

## Perspectives recherche et formation

- Recherche
  - Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (Inserm – FFP)

[www.techniques-psychotherapiques.org/reseau](http://www.techniques-psychotherapiques.org/reseau)
- Formations
  - Bases psycho neuro endocrino immunologiques du stress et de ses conséquences à long terme. Approches thérapeutiques.

D.U Stress, traumatismes et pathologies. Paris VI (CHU Pitié-Salpêtrière)

<http://www.chups.jussieu.fr/programmes/T3/formations/dus/Stress.pdf>

  - Initier une psychothérapie, en suivre l'évolution, en évaluer les résultats

Programme d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) de l'Ecole de psychosomatique

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

- *Merci de votre attention*
- *Je serai très heureux de répondre à vos questions*

[jmthurin@techniques-psychotherapiques.org](mailto:jmthurin@techniques-psychotherapiques.org)

## Quelques références bibliographiques

- Herman J. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York :Basic Books ; 1942.
- Thurin JM, Thurin M. *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod; 2007.
- Thurin J.-M. Évaluation des effets des psychothérapies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-802-A-10, 2009.
- Articles de JM Thurin sur l'évaluation des psychothérapies.  
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/PublicationsJMT1.html>
- Thurin JM, Baumann N, editors. *Stress, pathologies et immunité*. Paris, Flammarion; 2003.
- Mc Ewen B., Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad. Sciences* 1999, 896 : 30-47.
- Wingenfeld K, Spitzer C, Rullkötter N, Löwe B. Borderline personality disorder: Hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Oct 16. [Epub ahead of print]