

Formulation de cas d'un patient stressé

Monique Thurin

mthurin@internet-medical.com

DU stress, traumatisme et pathologies
12 avril 2013

+ Cadre général de la FC

- Un outil conceptuel et clinique qui est également un outil de recherche dans les études de résultats et de processus du travail psychothérapique
- Terminologies
 - Formulation clinique de cas, Formulation diagnostique, Formulation de cas en psychothérapie, Conceptualisation de cas
- Déclinaison
 - F. Psychodynamique
 - F. Cognitivo – comportementale
 - F. Biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels)
 - Pluraliste (pouvant prendre en compte plusieurs modèles théoriques)

+ Définition

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

+ Diagnostic ≠ Formulation

- Le diagnostic (catégoriel : DSM, CIM)
 - L' existence (ou la disparition) d' un trouble repose sur l' objectivation d' un ensemble de symptômes en relation à un diagnostic établi
 - quantitatif, réponse : 0 ou 1, ne renseigne pas sur ≠ individuelles
 - « athéorique », se rapporte au concept de maladie et *n' apporte pas d' éléments précis sur la nature du problème*
 - application d' une technique standardisée à dose établie / résultat
- La formulation de cas
 - Précision et perspective dimensionnelle (les problèmes sont abordés dans une continuité du normal au pathologique)
 - Recherche de signification (compréhension des causes sous-jacentes du problème)
 - Aborde les dimensions intra, interindividuelles et leurs interactions
 - Ouverture sur des objectifs et une stratégie

Différents modèles pour la Formulation de cas

- Celui de J Persons (1991, 2007) : modèle structural (Cognitive Behavioral) autour de différents niveaux :
 - ✓ Symptômes : p.e. hallucinations auditives = pensées attribuées à une source externe
 - ✓ Troubles : p.e. dépression : pensées automatiques, émotions négatives et activation de schémas négatifs - et Problèmes : p.e., image de soi
 - ✓ Formulation du cas : hypothèses concernant les causes symptômes, troubles, problèmes et et comment ils sont relatés par le patient.
 - ✓ Pour
 - ✓ expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel,
 - ✓ formuler un plan de traitement basé sur des actions appropriées et une possibilité de réaménager la thérapie au fur et à mesure.

La Formulation de cas est une hypothèse qui lie ensemble, dans une brève narration ou diagramme, les *mécanismes* qui causent et maintiennent les problèmes du patient, les *origines* de ces mécanismes, et les *événements précipitant* qui **activent actuellement** les mécanismes causant les problèmes. Les trois éléments clé sont : Evaluation, formulation et intervention.

Différents modèles pour la Formulation de cas

- Celui de Messer et Wolitzky (2007) : Modèle psychodynamique :
 - ✓ Ensemble hiérarchiquement organisé d'inférences cliniques
 - ✓ au sujet de la nature de la *psychopathologie* d'un patient
 - ✓ de sa structure de *personnalité, dynamique et développementale* (déficits de la représentation de soi, mauvaises relations d'objet internalisées, troubles de l'attachement, conflits inconscients)
 - ✓ des *causes présumées* à partir du récit de son expérience et de son comportement, de ses symptômes, rêves, fantasmes et relations interpersonnelles.

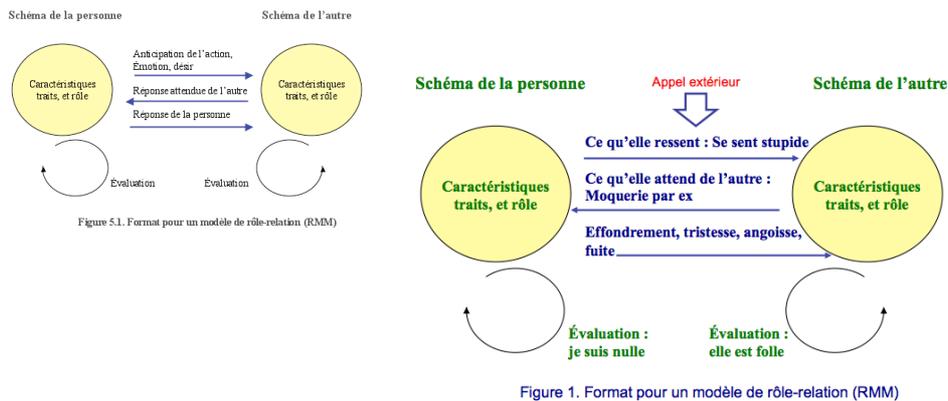
Différents modèles pour la Formulation de cas

■ Celui d' Horowitz (1979, 2007) : analyse configurationnelle (*Configurational Analysis (CA)*)

- Au cœur de l'analyse configurationnelle il est supposé que les individus possèdent un répertoire de schémas de personne. Les schémas sont des structures relativement stables qui aident à organiser le concept du moi, des autres et les configurations dominantes de rapport du moi avec les autres.
- ✓ Particulièrement utile lorsque des *configurations interpersonnelles* mal adaptées constituent un thème central.
- ✓ Dans ce modèle, il sera utile de prêter attention aux récurrences dans le discours du patient sur soi et les autres, par exemple lorsqu' il dit « je me suis toujours senti ceci ou cela », « je suis le genre de personne qui... », et « mon mari est une personne qui », mes amis sont... etc.

Les modèles rôle-relation (RRMs) sont des schémas qui organisent les modèles d'interaction ou de relation(s). Comme le montre la figure 5.1 un modèle rôle-relation a trois composants : un schéma de soi, un schéma de l' autre, et un scénario des relations. Le scénario inclut ce qui suit : 1) une anticipation d' action, d' émotion, de désir ou de motivation; 2) les réponses attendues des autres ; 3) la réaction de la personne aux réponses des autres ; 4) une auto-évaluation de ces réactions ; et 5) les évaluations attendues des autres de ces réactions.

Cette modalité pourra être activée chez le thérapeute devant un thème central de difficultés relationnelles. Une façon d' appréhender et d' organiser la réalité que transmet le patient au cours de ses tentatives, en suivant une logique de relations interpersonnelles dans les deux sens.



Celui de Winters, 2007

■ Centré sur une formulation *biopsychosociale*

- ✓ est une hypothèse de fonctionnement **développée en collaboration avec l'enfant et la famille**
- ✓ qui essaye d'expliquer les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels qui se sont combinés 1) pour créer et maintenir la présentation clinique **concernée, ou 2) pour soutenir le meilleur fonctionnement de l'enfant.**
- ✓ C'est un guide individualisé de la planification et du choix de traitement.
 - Il sera changé, modifié, ou amplifié au fur et à mesure que le clinicien et **la famille** apprennent de plus en plus sur **les forces et les besoins de l'enfant et la famille.**

Grille de formulation de cas Biopsychosociale avec exemples de prédisposition, précipitation, perpétuation et facteurs protection dans chaque domaine de formulation. (in Winters et al.)

Domaine	Biologique	Psychologique	Social	
Facteurs	Génétique, développemental, médical, toxicité, facteurs de tempérament	Style cognitif, intrapsychique, conflits et mécanismes de défense, image de soi, sens des symptômes	Relations sociales Famille, pairs, autres	Environnement social Culture/ethnie, facteurs de risque social, questions de systèmes
Prédisposition (vulnérabilité)	Histoire psychiatrique familiale, exposition toxique in utero, complications à la naissance, troubles développementaux, perturbations régulières	Attachement insécure, problèmes avec changement d'affect, style cognitif rigide ou négatif, mauvaise image de soi	Exposition dans l'enfance à la dépression maternelle ou violence domestique, adoption tardive, humeur dissonante, conflits conjugaux	Pauvreté, statut économique faible, parentalité adolescente, pauvre accès à la santé ou soin de santé mentale
Précipitation (stresseur)	Atteinte ou maladie grave, usage croissant d'alcool ou de drogue	Conflits à propos de l'identité ou de la séparation-individuation surgissant aux transitions développementales, telle que le début de la puberté ou diplôme de grande école.	Perte ou séparation d'un membre de la famille, déménagement de la famille avec perte d'amis, traumatisme interpersonnel	Immigration récente, perte de maison, perte d'un service soutenant (service d'hébergement, placement approprié dans une école).
Perpétuation (maintien)	Maladie chronique, diminution fonctionnelle causée par un déficit cognitif ou un trouble de l'apprentissage	Utilisation des mécanismes d'adaptation suicidaire, style de personnalité rejetant l'aide, rétablissement traumatique.	Désaccord conjugal chronique, manque d'empathie de parent, espérances développementales inadéquates.	voisinage chroniquement dangereux ou hostile, problèmes transgénérationnels de l'immigration, manque de services culturellement compétents
Protection (forces)	intelligence supérieure à la moyenne, tempérament facile, capacité ou talent spécifique, physique attractif.	Capacité de réflexion, capacité de modulation de l'affect, sens de soi positif, mécanisme positif pour faire face	Relations parent-enfant positives, communauté soutenante étendue à la famille	cohésion de la communauté, disponibilité du réseau social soutenant, équipe fiable de la famille par rapport à l'enfant

Adapté de Barker P. the child and adolescent psychiatry evaluation : basic child psychiatry. Oxford, UK : Blackwell scientific, Inc. ; 1995.

La formulation de cas permet d'organiser les données cliniques autour de plusieurs questions et notamment :

- **Quel diagnostic psychopathologique** peut-on poser ou quels sont les éléments diagnostiques repérables ? (hypothèses de travail)
- Quel est ou **quels sont les objectifs** que l'on peut envisager ?
- Quelle est à ce stade **la meilleure stratégie** à mettre en place pour y arriver ?

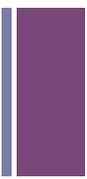
+ 4 points de la formulation de cas (pluraliste : utilisant plusieurs modèles

- **Problèmes et leur place dans le contexte de vie, de l'histoire personnelle et des traits psychopathologiques manifestes**
- **Facteurs non dynamiques** (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies, ...) :
- **Intégration des données** (*conflit(s) psychique(s) ; aspects développementaux ; identité ; aspects familiaux. fonctionnement : relations interpersonnelles ; mécanismes de défense et d'ajustement ; capacités d'insight ; contenance et expression affective*).
- **Objectifs :**
- **Stratégies**



+ La formulation de cas : à propos de Pierre

+ Vignette clinique



- Pierre a moins de 30 ans. Il est envoyé par son médecin qui le suit pour une maladie somatique (grave) pour une psychothérapie suite à une grande détresse en rapport à un comportement récurrent avec ses relations sentimentales qui l'anéantissent. Il a une lourde histoire de maltraitance familiale.



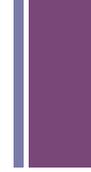
Formulation du cas initiale

1. **Problèmes et leur place dans le contexte de vie, de l'histoire personnelle et des traits psychopathologiques manifestes**
 - ▶ **Symptômes et comportements manifestes** : Stress important, détresse liée à la crainte d'une séparation de sa compagne. Problématique d'abandon. Agressivité verbale. Extrême jalousie. Troubles anxio-dépressifs. Dépression. Problématique liée à l'image de soi. Contrôle ++ de la situation. Clivage (tout va bien ou tout va mal de façon dramatisée). Difficultés importantes à gérer l'intimité amoureuse et sexuelle. Acting. Souffrance narcissique. Maladie somatique.
 - ▶ **Histoire personnelle** : Maltraitance paternelle importante.
 - ▶ **Contexte de vie** : Problème lié à sa situation professionnelle.
1. **Facteurs non dynamiques** (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies, ...) : Maladie et décès du père. Père violent avec lui et sa mère. Mère décrite comme peu affectueuse.

Formulation du cas initiale (suite)



3. **Intégration des données** (*conflit(s) psychique(s) ; aspects développementaux ; identité ; aspects familiaux ; fonctionnement : relations interpersonnelles ; mécanismes de défense et d'ajustement ; insight ; contenance et expression affective*).
 - ▶ Probable clivage du moi, relation d'objet de type anaclitique, dépendance, fonctionnement abandonnique, idéal du moi grandiose. Relations interpersonnelles instables et intenses, qui se répètent dans la dyade. Insécurité de base ; Identité fragile. Défenses projectives.
4. **Objectifs** :
 - ▶ Réduire la dépression et les moments d'effondrement. Construire l'image de soi, la confiance en soi et dans les autres.
 - ▶ Améliorer la gestion affective et le niveau de l'anxiété.
 - ▶ Améliorer la mentalisation afin de trouver un mode relationnel moins agi et plus stable.
 - ▶ Améliorer l'insight.



Et stratégie :

- ▶ Valorisation. Soutenir le narcissisme blessé et mal construit. Le laisser parler en étant attentif aux possibles ruptures et évitement. Etre disponible. Evaluer la possibilité d'une psychothérapie et qu'il s'engage dans une psychothérapie psychodynamique avec un cadre fiable plutôt 1 fois par semaine.
- ▶ Prudence quant au risque d'intrusion par des interprétations approfondies : travailler d'abord sur l'ici et maintenant. Tenter d'imager les interactions patient-thérapeute, pour décrire, clarifier et confronter le patient à son fonctionnement, sur une base partageable. Exprimer le ressenti du thérapeute.
- ▶ Nécessité de s'assurer qu'il surveille son problème médical.

Bibliographie

- Thurin JM, Thurin M. (2007). Evaluer les psychothérapies. Dunod.
- Eells, T., (2007). *Handbook of Psychotherapy case formulation*, seconde ed. Guilford
- Horowitz, Eells (2007) Configurational Analysis. States of Mind, Person Schemas, and the control of ideas and affect in Eells, T. *Psychotherapy case formulation*, Handbook, Guilford, 2d ed. 136-163
- McWilliams N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford
- Persons JB. et al. (1991). Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case. *Psychotherapy*, 28, 608-617
- Persons, J., Tompkins, M. Cognitive-Behavioral Case Formulation in Eells, T. *Psychotherapy case formulation*, Handbook, Guilford, 2d ed. 290-316
- Sim KS, Gwee KP, Bateman A. Case formulation in psychotherapy. Revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry* 2005; 29(3) : 289-292
- Winters, N. et al. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* ;16:111-132
- Wolitzky, D., (2007). The rôle of clinical inference in psychoanalytic case formulation. *Am J Psychother* ;61 (1):17-36