

# Clinique et Etude de cas Clinique et Etude de cas Clinique et Etude de cas

## L'apport de l'Analyse des Plans à la pratique psychothérapeutique : études de cas

### « Usefulness of Plan Analysis in psychotherapeutic practice : Case studies »

Ueli Kramer<sup>1</sup>, Martina Belz<sup>2</sup>, Valentino Pomini<sup>1</sup>,  
Christian Follack<sup>3</sup>, & Franz Caspar<sup>2</sup>

#### Résumé

La formulation de cas est au centre de toute démarche psychothérapeutique. L'Analyse des Plans est une méthode systématique développée par Grawe et Caspar. Appelée également analyse verticale du comportement, elle complète dans l'approche cognitivo-comportementale les analyses fonctionnelles classiquement employées. Elle focalise la démarche d'analyse sur les motifs, intentions et buts poursuivis par la personne à travers ses comportements. L'analyse des Plans apporte une précision clinique importante aux résultats des analyses fonctionnelles habituelles ; elle permet de réfléchir sur les modalités relationnelles optimales pour assurer la meilleure efficacité possible des interventions thérapeutiques choisies, en fonction des caractéristiques individuelles et interpersonnelles du patient. De ce fait, l'analyse des Plans peut être considérée comme une méthode de choix auprès de patients présentant des patterns interpersonnels dysfonctionnels chroniques qui peuvent entraver le bon déroulement de la psychothérapie. Cette approche est illustrée par l'étude de trois cas, où les auteurs montrent en quoi elle peut aider les thérapeutes à optimiser la relation thérapeutique pour aider leurs patients à dépasser les problématiques dont ils souffrent.

**Mots-clé :** Formulation de cas, Analyse des Plans, Relation thérapeutique centrée sur les motifs.

<sup>1</sup> Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Site de Cery, 1008 Prilly, Suisse.

<sup>2</sup> Chaire de psychologie clinique et de psychothérapie, Université de Berne, Suisse

<sup>3</sup> Hôpital Psychiatrique cantonal, Marsens, Fribourg, Suisse

#### Adresse de contact :

Dr Ueli Kramer, Psychologue-Psychothérapeute FSP, Institut Universitaire de Psychothérapie, DP-CHUV, Les Cèdres, Site de Cery, CH-1008 Prilly-Lausanne, Suisse.  
Tél. +41-21-643 64 62 ; Fax : +41-21-643 65 93. Courriel : Ueli.Kramer@chuv.ch.

## Abstract

Case formulation is a core element of psychotherapy. Plan Analysis is a systematic method developed by Grawe and Caspar which has also been called "Vertical Analysis of Behavior" and complements the traditional functional analyses in Cognitive-Behavior Therapy. Plan Analysis takes into account motives, intentions and goals of the patient, as they are apparent in – or may be inferred from – behaviour; it is characterized by a high clinical precision and enables to reflect on optimal relationship modalities yielding the best possible outcome, as a function of the patient's individual and interpersonal features. Therefore, Plan Analysis is highly useful in cases with chronic dysfunctional interpersonal patterns which may hinder positive change. This approach is illustrated by means of three case studies which show how the therapist may optimize the therapeutic relationship, in order to achieve change.

**Key-Words :** Case formulation, Plan Analysis, Motive-oriented Therapeutic Relationship

## Introduction

La conceptualisation de cas est une étape indispensable pour la planification et la conduite d'une thérapie cognitivo-comportementale et pour la psychothérapie en général (Eells, 2007). Elle apparaît tout particulièrement essentielle dans les cas où les manuels de traitement montrent leurs limites, notamment auprès des patients qui ne répondent pas comme prévu aux interventions thérapeutiques délivrées pourtant dans les règles de l'art. Elle s'avère également utile dans les cas où les difficultés interpersonnelles sont telles qu'elles finissent par nuire à la relation thérapeutique et donc à la conduite de la psychothérapie toute entière.

L'Analyse des Plans (Caspar, & Moix, 2006 ; Caspar, 1996) nous semble une méthode prometteuse, notamment dans les situations thérapeutiques complexes, où le seul apport de l'analyse fonctionnelle ne suffit pas pour mener à bien des interventions efficaces. L'approche cognitivo-comportementale a longtemps mis davantage l'accent sur la conceptualisation situationnelle des troubles psychiques que sur les aspects stables de la personnalité, ou sur le fonctionnement interpersonnel et relationnel. L'Analyse des Plans se révèle alors

comme un complément utile sinon incontournable aux méthodes d'analyse fonctionnelle des troubles classiquement employées en TCC.

L'objectif de cet article est d'illustrer les apports cliniques de cette méthode, en nous référant à trois cas de psychothérapie. Nous allons d'abord présenter brièvement l'approche de l'Analyse des Plans, puis résumer les histoires de cas et leur conceptualisation, en mettant l'accent sur la dynamique des Plans et la relation thérapeutique centrée sur les motifs. Pour finir, nous contextualiserons les apports de ces trois cas en fonction de la théorie clinique.

## L'Analyse des Plans

L'Analyse des Plans, connue initialement sous le nom d'analyse comportementale verticale, est un procédé individualisé de conceptualisation de cas développé par Grawe et Dziewas en 1976. Ces auteurs ont observé dans des thérapies comportementales de groupe que les concepts de base de la théorie comportementale ne suffisaient pas pour expliquer les patterns interpersonnels dysfonctionnels observés chez certains patients (Grawe, 1980). Ils ont constaté que le comportement verbal et non-verbal

n'est pas seulement influencé par des contingences externes, mais aussi par des déterminants internes, comme des motifs, des intentions, des schémas de soi et de soi-en-interaction, qui guident l'individu dans ses actions et ses perceptions, lesquelles tendent à être congruentes avec ses postulats de base (Grawe, 1998). L'Analyse des Plans adopte un point de vue instrumental : à partir des comportements verbaux et non-verbaux (observés en séance ou dans la vie quotidienne, voire relevés par des questionnaires ou rapportés par les patients), le thérapeute infère les Plans, émotions et motifs impliqués, en répondant à la question suivante : « Quel but (*purpose*), conscient ou inconscient, sous-tend les comportements et expériences d'un individu ? » (Caspar, 1997, p. 260). Les comportements non-verbaux observés en séance obtiennent une place particulièrement importante. En général, la présence d'un grand nombre de réponses à cette question, reliées à la problématique et au comportement interpersonnel du patient, oblige le psychothérapeute à prioriser, structurer et hiérarchiser l'information en un réseau de connexions instrumentales, lequel forme ce qu'on appelle une structure de Plans (Caspar & Moix, 2006). La Figure 1 (*voir page suivante*) résume la méthode de l'Analyse des Plans et la notion de structure de Plans.

L'analyse des Plans se qualifie par au moins trois caractéristiques qui tendent à la distinguer des autres modes de conceptualisation utilisés habituellement par des psychothérapeutes cognitivo-comportementalistes. Cette méthode est (1) complexe et globale ; (2) compatible avec un grand nombre d'autres approches ; (3) centrée sur l'individu en tant qu'épistémologie du singulier. Nous allons à présent revenir brièvement sur chacune de ces caractéristiques.

## 1. Complexité et globalité de l'approche

L'Analyse des Plans permet de rendre compte, par sa méthodologie même, de phénomènes cliniques complexes. L'analyse fonctionnelle classique permet une analyse approfondie spécifique des situations problématiques (Caspar, 1996 ; Mirabel-Sarron, & Vera, 1995). Elle est appelée parfois micro-analyse car elle se centre sur la

découverte des processus associatifs et opérants, qui agissent sur les plans cognitifs, affectifs et comportementaux, qui sont à l'origine des troubles et qui participent à leur maintien, l'Analyse des Plans adopte un point de vue plus global. L'information clinique y est traitée par le thérapeute sur un mode holistique-intuitif (Sachse, 2003). Le thérapeute rassemble les données qu'il a recueillies à travers une multitude de sources, avant tout l'observation des comportements non-

L'approche de l'Analyse des Plans (Caspar, 2007) est particulièrement utile pour représenter le fonctionnement psychique et sa structure de motifs en établissant des liens entre comportements, motifs de base et émotions. Le comportement d'une personne est considéré sous l'angle de l'instrumentalité, en en dégageant des soi-disant « Plans d'action » qui agissent souvent en dehors de la conscience. En ce faisant, l'approche postule que ces Plans d'action servent, en dernier recours, à la réalisation des besoins de base des êtres humains, comme le contrôle, l'envie, l'attachement ou l'augmentation de l'estime de soi. Si ces Plans sont bloqués ou menacés, des émotions négatives apparaissent. Sous des conditions défavorables, les êtres humains peuvent développer des stratégies maladaptatives – ou du moins comportant des effets secondaires multiples –, afin de réaliser leurs Plans. Les Analyses de Plans permettent l'analyse systématique de différents problèmes et de la nature de la relation thérapeutique du client, ainsi que, explicitement, la prise en compte des stratégies adaptatives et des ressources. Les problèmes et les forces du patient peuvent être analysés côte à côte, de manière intégrative et nuancée, ce qui est particulièrement utile chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques complexes. Une structure de Plans (bi-dimensionnelle) fournit une synthèse plausible sur les Plans centraux, qui relie le comportement avec les buts principaux et finalement avec les besoins de base. Elle est un produit intermédiaire et une partie utile dans le processus de construction d'une compréhension individuelle d'un cas. La conceptualisation de cas, se basant sur l'Analyse des Plans, explicite, évalue et utilise les informations y contenues, les met dans un contexte et propose des réflexions concernant des objectifs thérapeutiques et leur mise en oeuvre stratégique.

La structure de Plans se lit de la façon suivante : dans le bas de la structure se trouvent les comportements ; au-dessus de ceux-ci figurent les moyens, les buts et motifs. Les comportements sont ainsi considérés comme des moyens servant à la réalisation des buts. La structure des Plans est représentée sur plusieurs « niveaux hiérarchiques » qui marquent autant d'étapes de liens entre moyens et buts. Tout en haut de la structure, figurant en quelque sorte les buts ultimes, se trouvent les besoins de base, à la réalisation desquels chaque être humain tend. L'instrumentalité est le critère absolu employé pour construire la hiérarchie individualisée des buts et moyens d'un patient. En allant vers le haut, les Plans deviennent de plus en plus abstraits. Ceci est explicable par le fait que plus nous nous trouvons à une place élevée de la hiérarchie des Plans, plus nous nous situons à proximité des besoins de base. Puisque les besoins de base sont identiques pour tous les êtres humains, on peut observer que les Plans se trouvant dans la partie supérieure de la structure, sont de plus en plus similaires entre personnes différentes. On peut même dire qu'ils contiennent moins d'information et qu'ils ont une pertinence clinique plus basse que les Plans situés sur les niveaux intermédiaires. La formulation d'une structure de Plans suit quelques règles grammaticales précises. Les comportements sont formulés à l'indicatif (« manque ses rendez-vous » ; « se plaint constamment de ses douleurs », etc.), les Plans et motifs à l'impératif (« montre-toi courageux » ; « attaque les autres » ; « protège-toi des souvenirs difficiles », etc.). Toutefois, ceci ne doit pas forcément signifier que les Plans suivis par le patient sont conscients et connus de celui-ci. Des Plans peuvent certes être construits de manière consciente, ce qui correspond le mieux à l'utilisation vulgarisée de ce terme ; ils peuvent aussi se développer de manière inconsciente, s'ils contribuent à un meilleur fonctionnement objectif ou subjectif de la personne.

*Figure 1*

*La méthode de l'Analyse des Plans (d'après Belz, 2009, pp. 43-44, trad. par nous-mêmes)*

verbaux et l'expérience du thérapeute en séance. L'établissement des liens instrumentaux entre ces concepts (comportements, Plans, émotions, motifs et besoins de base) est la spécificité de ce procédé.

## 2. Compatibilité avec d'autres approches

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, l'Analyse des Plans se veut complémentaire aux autres approches de conceptualisation de cas, en particulier l'analyse fonctionnelle. Historiquement, l'analyse fonctionnelle dans une de ses formes les plus connues, comme le schéma SORCK proposé par Kanfer et Saslow à la fin des années soixante (Mirabel-Sarron *et al.*, 1995), a été appelée par Grawe (1980) analyse horizontale du comportement. Cette dernière mettait ainsi l'accent sur l'analyse séquentielle « horizontale » (en imaginant le temps en abscisse, d'où l'idée d'horizontalité) des liens fonctionnels existant entre des situations particulières (stimuli discriminatifs ou déclencheurs), les réactions qu'elles engendrent (cognitives, affectives et comportementales), et les conséquences qui s'en suivent (source de renforcement, d'aversion ou d'extinction). L'Analyse des Plans, quant à elle, fut appelée initialement analyse verticale du comportement (Grawe, 1980 ; Caspar, 1984), pour bien mettre en évidence que les conduites adoptées ne sont pas seulement compréhensibles dans une séquence logique synchronique, mais relèvent également de ce qui a été appelé déterminants internes. L'idée principale sous-jacente à cette méthode d'analyse est que chaque comportement peut servir différentes motivations ou intentions, différents projets, différents besoins qu'il appartient au thérapeute d'inférer dans sa démarche de conceptualisation (Caspar, 1997). On le voit, les analyses horizontales et verticales du comportement sont naturellement complémentaires et doivent être incluses côte à côte dans une conceptualisation de cas qui prendrait en considération à la fois les processus d'apprentissage visés par l'analyse fonctionnelle et les éléments de déter-

minants internes. A ce titre, l'Analyse des Plans ne doit pas être confondue avec d'autres méthodes d'analyse comportementale pour lesquelles elles peut représenter également un bon complément, comme l'analyse diachronique et synchroniques des troubles proposée par Cottraux dans sa grille SECCA (voir aussi les pentagrammes pour analyser les schémas des troubles de la personnalité, selon Cottraux et Blackburn, 2006), l'analyse des schémas telle qu'on peut la rencontrer dans le modèle de Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2005), ou encore l'analyse comportementale en chaîne chère aux thérapeutes travaillant avec les patients souffrant de toxicomanie ou de troubles de la personnalité borderline.

## 3. Centration sur l'individu en tant qu'épistémologie du singulier

Cette dernière caractéristique de l'Analyse des Plans est certainement la plus importante. En s'appuyant sur l'observation clinique du singulier et sur l'analyse précise de chaque situation spécifique – avec un accent particulier sur l'observation et l'interprétation des comportements non-verbaux en interaction avec le thérapeute –, l'Analyse des Plans conçoit la psychopathologie en tant que science du singulier. Il en résulte une précision clinique qui dépasse la qualité et la précision des conceptualisations de cas basées sur un système de catégories pré-établies. Le modèle de Young (Young *et al.*, 2005), la notion d'alliance thérapeutique (pour une revue clinique, voir Cungi, 2006) ou des modèles cognitifs classiques comme celui de Cottraux & Blackburn, 2006 ; voir aussi Cottraux *et al.*, 2009) constituent des exemples de modèles génériques non-centrés sur l'individualité du patient. Si les contenus d'une telle analyse et de l'Analyse des Plans peuvent se ressembler pour certains patients, les présupposés épistémologiques de ces approches ne sont pas identiques, surtout pour des patients plus complexes, présentant des attitudes interpersonnelles d'hostilité qu'il s'agit de comprendre en termes singuliers. Dès lors, on peut

penser que l'Analyse des Plans permet sans doute une flexibilité thérapeutique plus élevée, car elle cherche à tenir compte de la complexité réelle de la situation singulière, sans vouloir se laisser enfermer dans des catégorisations qui ne vont peut-être pas pouvoir correspondre aux observations de terrain. Ceci devrait impliquer une précision clinique supérieure à une approche basée sur un système de catégories prédéterminées, et surtout une plus grande souplesse chez le thérapeute pour la conceptualisation de son cas. L'hypothèse de la flexibilité technique plus élevée dans les cas d'Analyse des Plans a été confirmée dans une étude impliquant des traitements basés sur l'Analyse des Plans, comparés à une psychothérapie TCC habituelle et une psychothérapie centrée sur la personne (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). La centralité des émotions dans le modèle de l'Analyse des Plans n'est qu'un autre aspect qui souligne la pertinence clinique de la démarche individualisée (par manque de place, cet aspect n'est pas abordé dans cet article, mais le lecteur intéressé peut se référer à Caspar, 2007 ; Kramer, Berger, & Caspar, 2009).

Finalement, l'Analyse des Plans a été largement utilisée dans la recherche en psychothérapie qui a montré des coefficients d'accord inter-juge satisfaisants à bons pour les codeurs formés, à la fois en ce qui concerne la formulation individualisée des cas et l'appréciation de la relation thérapeutique centrée sur les motifs (Caspar, 2007b ; Caspar, Grossmann, Unmüssig, & Schramm, 2005 ; Kramer, Berger, & Caspar, 2009). Ces bons coefficients d'accord inter-juge montrent que la méthode est fiable ; elle répond ainsi aux exigences de qualité des méthodes qualitatives en recherche en psychothérapie.

## Apports à la pratique psychothérapeutique

L'Analyse des Plans est particulièrement utile à la clinique pour la planification flexible de l'offre relationnelle thérapeutique, adaptée aux caractéristiques individuelles des

patients. Cette flexibilité découle du principe d'instrumentalité de l'Analyse des Plans ; il invite le thérapeute à adopter une attitude thérapeutique centrée sur les motifs (« Motive-Oriented Therapeutic Relationship », aussi appelée relation thérapeutique complémentaire ; Grawe, 1992 ; Caspar *et al.*, 2005). On peut admettre que les clients essaient de satisfaire leurs besoins de base et Plans d'action dans la relation thérapeutique elle-même. De ce fait, le patient cherche à ce que le thérapeute se comporte de manière complémentaire à ses Plans principaux. Des moyens ouverts ou cachés, conscients ou inconscients, peuvent être ainsi utilisés à ces fins. Si le thérapeute infère correctement les Plans se cachant derrière les attitudes et comportements mis en œuvre par son patient, il peut éviter de répondre de manière contingente aux Plans problématiques ou mal adaptés et ainsi éviter de les renforcer. Au contraire, le thérapeute cherchera à adopter une attitude thérapeutique permettant à son patient de parvenir à la satisfaction de ses besoins de base et motifs interpersonnels, de façon non problématique pour lui ou son entourage. On admet que si le thérapeute construit son offre relationnelle de telle manière que les Plans supérieurs, les motifs et besoins de base du patient soient respectés et comblés, la base motivationnelle des Plans inférieurs problématiques est retirée (pour un exemple, voir Caspar & Moix, 2006). On observe que le thérapeute qui procède de cette façon, surtout avec les patients difficiles, réussit en général à écarter ou neutraliser les « jeux interactionnels » du patient qui peuvent entraver un travail thérapeutique constructif au niveau du contenu de sa problématique. Dans certains cas, il est nécessaire d'explicitement (Sachse, 2003) les motifs et Plans sous-jacents, surtout lorsque la relation thérapeutique est clairement parasitée par ces derniers, par exemple chez certains troubles de la personnalité où l'hostilité relationnelle vient empêcher l'établissement

d'une collaboration thérapeutique satisfaisante (Sachse, 2004).

Dans l'examen ou la supervision des cas cliniques selon l'analyse des Plans, cinq questions aident le thérapeute à inférer les Plans<sup>1</sup> du patient (d'après Caspar & Moix, 2006). Ces questions portent aussi bien sur les comportements du patient que l'expérience vécue du thérapeute pendant les séances.

- (1) Quelles impressions le patient déclenche-t-il chez le thérapeute et les autres ?
- (2) Quelles actions cherche-t-il à provoquer chez le thérapeute et les autres ?
- (3) Quelle image essaie-t-il de transmettre, et aux autres ?
- (4) Quelle image de lui-même essaie-t-il de préserver ?
- (5) Quel comportement du thérapeute ou des autres ne serait pas du tout adéquat dans la situation présente ? Quel comportement le patient essaie-t-il de prévenir ?

Dans la présentation des trois cas, nous allons reprendre ces cinq questions à chaque fois dans cet ordre, afin d'illustrer ce qu'elles peuvent apporter lors de la conceptualisation des situations cliniques.

## Etudes de Cas

Les trois patients dont nous présentons ici la formulation des cas selon l'analyse des Plans, ont été suivis par trois thérapeutes, co-auteurs du présent article (dans cet ordre de présentation : CF, VP, UK). Ces situations ont été présentées dans un groupe de supervision qui a eu lieu à Lausanne sous la direction du Dr Martina Belz, spécialiste de l'analyse des Plans. Pour des raisons de place et de focus, nous nous centrerons sur l'Analyse des Plans pour les cas, et renoncerons à la présentation du processus thérapeutique ou des thérapies à propre-

ment parler. Les trois patients ont donné leur accord écrit pour la diffusion de ce matériel clinique sous cette forme anonymisée ; des détails des histoires de cas ont été modifiés à cet effet.

### Mme M. : dépression sévère dans le cadre d'un burn-out professionnel

Mme M., vingt-cinq ans, est assistante médicale et vit seule. Témoin de Jéhovah, elle pratique assidûment l'étude de la bible. Sur le plan familial, Mme M. a une sœur cadette, âgée de vingt-trois ans, assistante en pharmacie. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait six ans. A l'âge de neuf ans, elle déménage avec sa mère et sa sœur pour venir habiter en région romande, car la mère y a trouvé une place de secrétaire. A cette période la mère fait une dépression sévère dont elle ne se remettra jamais totalement. Pour Mme M., la dépression de sa mère et le déménagement constituent deux « chocs » importants dans sa vie, car quand elle vient en Suisse romande, elle ne parlait pas encore le français et avait perdu dans le déménagement tous ses amis. De plus, elle a dû souvent s'occuper de sa mère malade et jouer le rôle de confidente.

A 18 ans, après avoir pris un appartement seule, les premiers signes de dépression apparaissent. Grâce à un traitement antidépresseur administré par son généraliste, les symptômes dépressifs semblent s'amender. Mais récemment, un épuisement professionnel occasionne une telle recrudescence de sa dépression qu'elle commence un traitement médicamenteux.

#### Demande de traitement

Suite à ce traitement, Mme M. est hospitalisée à l'hôpital psychia-

<sup>1</sup> D'après Miller *et al.* (1960), le terme de Plan est écrit en majuscule, tout comme les Plans sont, par convention, formulés dans l'impératif et les comportements observables dans l'indicatif.

trique, avec une perte d'envie et d'intérêt, de fortes crises d'angoisse et des idées suicidaires. Une fois son état stabilisé, elle rentre à domicile et reprend son activité professionnelle ; mais elle dit se stresser et se fatiguer inutilement, gardant toujours en elle l'impression que les autres font mieux, même si son patron a toujours été satisfait de son travail. Mme M. aimerait retrouver goût à la vie et avoir une meilleure estime d'elle-même.

### Problématique

Malgré une thérapie comportementale et cognitive classique s'appuyant sur la réactivation comportementale et la restructuration cognitive de ses pensées négatives, la symptomatologie dépressive reste importante. La difficulté centrale se situe au niveau d'une crainte du rejet, de l'abandon et de l'échec qui se manifeste par de fortes angoisses. Pour y faire face, Mme M. a principalement essayé d'être l'employée parfaite et de faire comme si tout allait bien devant ses amis. Lors de la crise actuelle, Mme M. semble revivre le sentiment d'impuissance qu'elle avait vécu enfant face à la dépression de sa mère. Elle ne comprend pas pourquoi elle se trouve dans cet état car elle dit avoir une vie parfaite : un bel appartement, un super travail, des amis. L'explication qu'elle donne de ses problèmes est le manque d'affection reçue de son père quand elle était enfant.

### Analyse des Plans

Les réponses aux cinq questions clés de l'Analyse des plans sont, pour le cas de Mme M., les suivantes : (1) impressions subjectives laissées par la patiente : sentiment d'impuissance et de ne pas en faire assez ; (2) actions que la patiente chercherait à provoquer chez les autres : s'engager pour elle et être rassurée qu'on ne l'abandonnera pas ; (3) image de soi transmise : une fille incomprise ; (4) image de soi préservée : une fille extraordinaire (image grandiose) ; (5) compor-

tement inadéquat dans la situation présente : l'abandonner.

L'Analyse des Plans de cette patiente (voir Figure 2) révèle plusieurs Plans servant à contrecarrer sa crainte du rejet et de l'abandon. Au niveau du travail et de ses amis, les Plans sont : « Fais comme si tout va bien », « Montre de hautes performances professionnelles », « Evite les échecs », « Sois appréciée ». Au niveau de la thérapie, les Plans sont : « Dis que tout est difficile », « Montre-toi désespérée et déprimée », « Amène le thérapeute à s'engager ». Plusieurs conflits entre Plans semblent expliquer l'impasse dans laquelle se trouve Mme M. Au niveau de la thérapie, cette impasse pourrait se traduire par l'hypothèse suivante : Mme M. doit se montrer déprimée pour éviter qu'on l'abandonne ; en même temps, si elle ne fait aucun progrès, on risque de l'abandonner, car les thérapeutes auront marre d'elle. Au niveau de ses amis, le conflit entre Plans semble se jouer entre « Sois proche dans tes relations », « Fais comme si tout va bien » alors qu'elle se sent mal et angoissée. Ainsi une de ses options est de se montrer vulnérable et déprimée, mais elle court alors le risque d'être rejetée. En prenant l'option de faire comme si tout allait bien, elle ressent une grande distance relationnelle, ce qui entre en conflit avec le Plan « Sois proche dans tes relations ». Un dernier conflit semble se jouer entre : ne pas se faire abandonner par ses thérapeutes en continuant à aller mal mais avec le risque de se faire abandonner par ses amis car elle est « un cas psy ».

### Objectifs du traitement en fonction de la conceptualisation

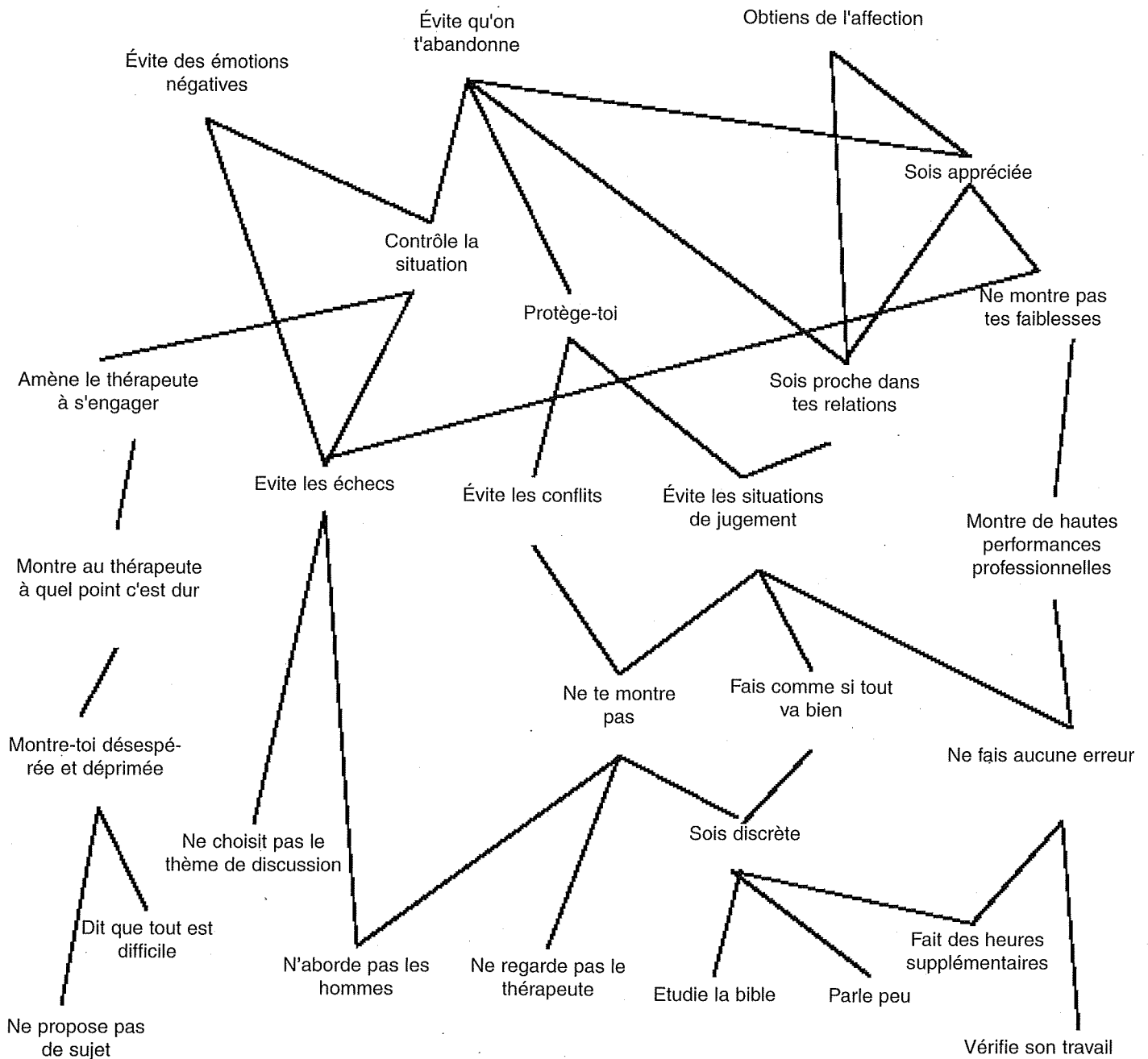
En respectant le principe de la relation thérapeutique centrée sur les motifs (Caspar *et al.*, 2005), il faudra rassurer Mme M. sur le fait que les thérapeutes ne vont pas l'abandonner même si son état s'améliore. Les objectifs-clés de la thérapie peuvent ici être au nombre de trois : (1) travailler la révélation de soi avec ses amis (par exemple au travers de jeux de rôle ou encore en travaillant sur les

distorsions cognitives ; (2) apprendre à gérer ses émotions négatives et notamment ses peurs de l'abandon ; (3) entraîner des compétences relationnelles pour rencontrer de nouvelles personnes.

### Monsieur J. : Schizophrénie

Mr. J., 45 ans, est un noir américain, émigré en Suisse il y a plus d'une vingtaine d'années, suite à son mariage avec une Suissesse. Aujourd'hui divorcé, il a deux enfants dont il a la garde un week-end sur deux. Mr. J. souffre depuis son adolescence d'une schizophrénie paranoïde caractérisée essentiellement par des hallucinations visuelles et auditives à caractère persécutoire. Il voit des êtres fantomatiques, translucides, qu'il a l'habitude d'appeler « les zombies ». Ils hantent son appartement ou certains endroits dans lesquels il se trouve, l'accompagnent parfois dans la rue ou se manifestent là où il travaille. En général, les hallucinations surviennent trois à quatre fois par jour et durent chaque fois entre vingt et quarante minutes. Selon les périodes, ces « zombies » restent muets, immobiles, ou au contraire semblent plus actifs, s'approchent de lui et lui parlent. Les diverses médications neuroleptiques essayées n'ont jamais pu enrayer ni éliminer complètement les phénomènes hallucinatoires, en particulier les hallucinations visuelles. Les hallucinations acoustico-verbales, quant à elles, ont eu une trajectoire différente, ayant même disparu à certaines époques de sa vie. Depuis quelques mois cependant, elles sont à nouveau présentes, et le poursuivent avec un discours particulièrement sombre centré essentiellement autour du suicide.

Mr. J. n'a jamais été hospitalisé pour ses symptômes psychotiques, lesquels, bien qu'ils aient entraîné un handicap socio-professionnel majeur, ne l'ont jamais conduit à adopter des comportements complètement désorganisés ou dangereux. Laborantin, il a dû cesser ses activités professionnelles. Il n'a jamais pu depuis lors reprendre une activité professionnelle régulière et normalement rémunérée.



**Figure 2**  
*Analyse des Plans de Mme M.*

**Demande**

Mr. J. est depuis de longue date en traitement pour sa schizophrénie. En effet, il fréquente depuis environ dix ans l'hôpital de jour, a suivi une psychiatrie régulière et participe à des activités occupationnelles et de réadaptation professionnelle rémunérées. Il a bénéficié au cours des deux

dernières années d'une thérapie cognitive pour ses hallucinations et d'un programme individualisé de remédiation cognitive pour des déficits cognitifs présents notamment au niveau de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. Malgré les effets indubitablement positifs des deux thérapies cognitives suivies, le patient n'a jamais pu véritablement se libérer de ses symptômes psychotiques ni amé-

liorer de façon significative ses performances, du fait entre autres d'une participation assez inconstante aux séances d'entraînement.

Au moment d'entreprendre une analyse des Plans sur Mr. J., ce dernier a repris contact avec le psychothérapeute avec une demande de recommencer une thérapie cognitive pour lui permettre de se délivrer complètement



de ses hallucinations. Constatant depuis l'arrêt de la psychothérapie qu'aucune forme d'intervention n'a su l'aider entretemps, il insiste auprès de son thérapeute, et ce malgré les réticences initiales de ce dernier, pour refaire ce qui avait déjà été fait. Mr. J. argumente que la présence du thérapeute le motivera à reprendre les conduites qui avait été autrefois bénéfiques et que cela suffira à obtenir des résultats positifs meilleurs que par le

passé. Mr. J. se montre particulièrement motivé, présent et actif, il accepte aussi les attentes modérées formulées par le thérapeute, lequel convient de reprendre la thérapie tout en explicitant sous forme de contrat les conditions posées pour une reprise du traitement : son arrêt sera envisagé en cas de non respect de celles-ci. Mr. J. accepte les conditions mais demeure réservé quant au fait qu'il doive payer les séances manquées, régime qu'il ne

connaissait pas quand il fréquentait l'hôpital de jour et qui l'appauvrirait très certainement, les séances manquées n'étant évidemment pas remboursées par les assurances. Le contrat prévoit que Mr. J. avertisse le thérapeute à l'avance en cas d'absence, que le thérapeute n'aille plus chercher le patient au centre d'ergosociothérapie s'il a du retard à la séance. Le contrat prévoit également que Mr. J. reprenne contact pour fixer de nouvelles

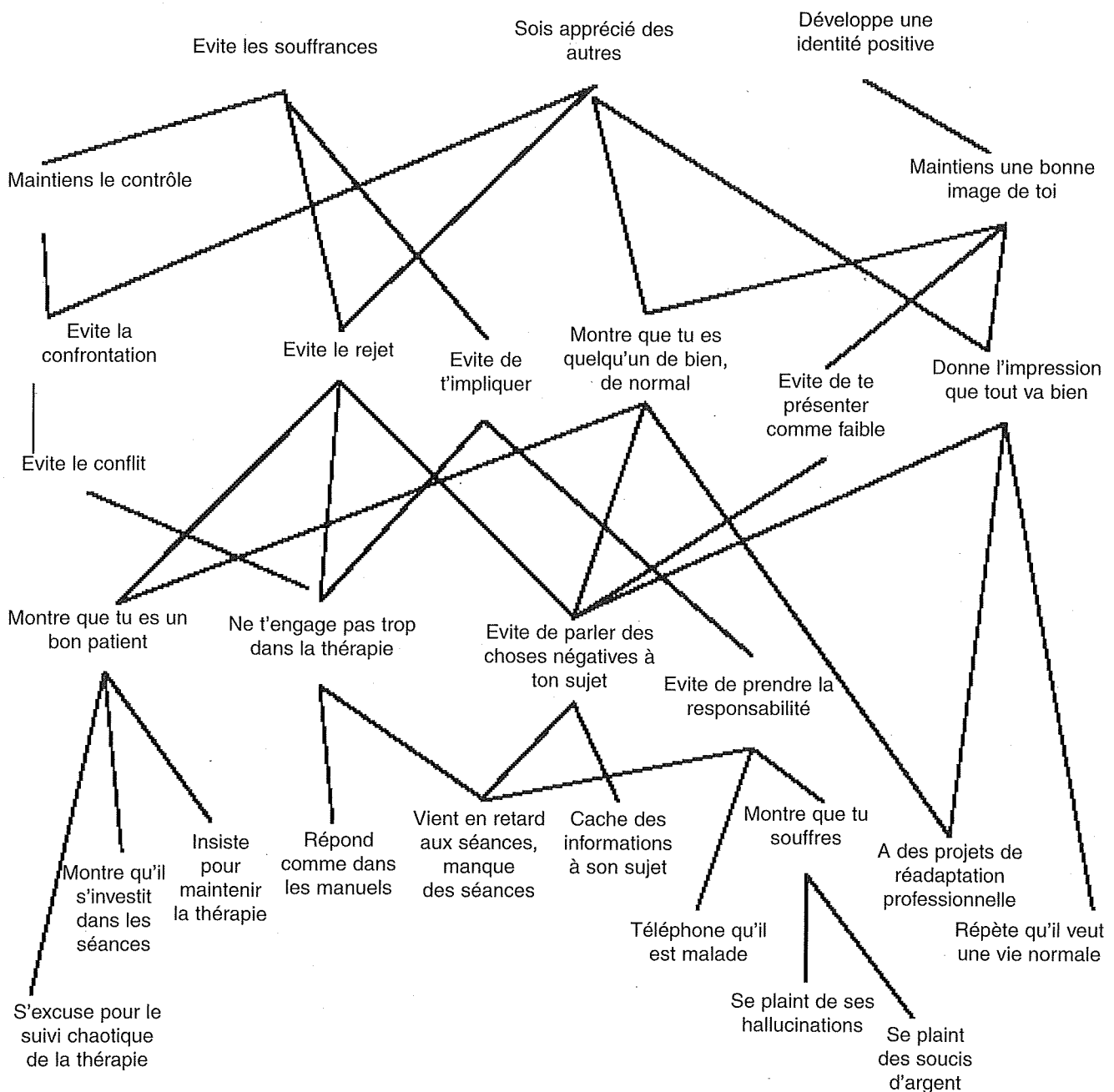


Figure 3  
Analyse des Plans de Mr. J.



séances en cas d'absence dans les quinze jours qui suivent une séance manquée et qu'il dispose d'un total de six séances manquées pour l'année, au-delà desquelles la thérapie s'arrête.

### Problématique

A la cinquième séance, force est de constater que Mr. J. s'est déjà excusé deux fois. A la neuvième séance (soit après un peu plus de quatre mois), il ne lui reste plus que deux séances manquées possibles pour le reste de l'année à venir. Par ailleurs, il ne vient plus non plus aux séances de réseau avec les autres intervenants et ne fréquente pratiquement plus son médecin psychiatre référent. Ces attitudes contradictoires de Mr. J. (insistance initiale pour la thérapie et participation active durant les séances mais suivi irrégulier de celle-ci) confirment les doutes du thérapeute. C'est pourquoi il fait appel à la méthode d'analyse des Plans pour conceptualiser la situation de la thérapie de Mr. J., et donner du sens à cette ambivalence du patient (besoin majeur de suivre une thérapie vs fréquentation insuffisante des séances).

### Analyse des Plans

Les réponses aux cinq questions clés de l'Analyse des plans sont pour Mr. J. les suivantes : (1) impressions subjectives laissées : pitié pour les difficultés importantes et colère pour une participation chaotique au traitement ; (2) actions que le patient chercherait à provoquer chez les autres : obtenir argent et attention, pouvoir maintenir la relation ; (3) image de soi transmise : être comme les autres, être quelqu'un de bien ; (4) image de soi préservée : être humain normal, capable de travailler et de gagner de l'argent ; (5) comportement inadéquat dans la situation présente : le confronter à son échec.

La Figure 3 résume l'Analyse des Plans pour Mr. J. Ici des Plans d'évitement (de la confrontation, du rejet, d'une image de faiblesse) sont

associés à des Plans d'approche, plus « positifs » : montrer une image de soi normale et donner l'impression que tout est en ordre. Ces Plans supérieurs d'évitement et d'orientation sont ensuite déclinés de façon plus générale et aboutissent à trois Plans hiérarchiquement supérieurs, ou buts, qui semblent activés : l'évitement des souffrances, l'importance d'être apprécié par l'autre et le développement/maintien d'une identité positive.

### Objectifs de traitement en fonction de la conceptualisation

Cette analyse des Plans permet ensuite l'énoncé schématique d'une hypothèse concernant Mr. J. et son attitude envers la thérapie. La dynamique de ce cas se résume en quelques étapes qui permettent de comprendre sa position ambivalente vis-à-vis de la thérapie. En effet, la thérapie rappelle constamment à Mr. J. des aspects négatifs de lui-même. Le seul fait d'aller en thérapie et de parler de ses hallucinations apparaît comme un élément qui entrave le Plan d'identité positive. En même temps, la persistance des hallucinations conduit à Mr. J. à demander la thérapie, qu'il considère comme le seul moyen de guérir enfin de ses difficultés psychiques. La thérapie apparaît donc aussi comme une action dont le résultat serait à long terme de favoriser le retour à une image de soi positive (« je suis quelqu'un de normal », « je suis en bonne santé »). La thérapie joue donc un double rôle, tantôt positif (à travers les attentes surtout), tantôt négatif (la thérapie rappelle le statut de malade, et elle implique également des souffrances et des exercices qui vont à l'encontre du Plan d'évitement des souffrances). En somme, le patient est pris entre deux pôles contradictoires : la thérapie va le faire souffrir et la thérapie serait le seul moyen de guérir (donc de ne plus souffrir). Il est donc assez naturel d'imaginer que Mr. J. recourt à la thérapie et insiste sur la demande de thérapie au moment où il est lui-même en souffrance ; tandis que lorsqu'il peut préserver une image de soi positive (malgré la maladie), sa motivation

pour le traitement diminue.

Pris dans ce mouvement de va-et-vient entre engagement et évitement, le patient finit par ne plus pouvoir assurer une participation suffisante à la thérapie. Par contre, si le thérapeute lui-même refuse de s'engager dans le traitement, Mr. J. déploiera son énergie dans une demande croissante et insistante, car cette demande répond d'un côté au Plan d'être apprécié de l'autre. Dans ces conditions, nous relevons une activation intermittente de Plans contradictoires (« Montre que tu souffres », « Donne l'impression que tout va bien ») que le thérapeute peut suivre dans un premier temps, mais dans un deuxième temps, le thérapeute n'a pas d'autre choix que de fixer des règles précises pour la conduite de la thérapie, son objectif et les règles de sa participation. C'est ce qui a été fait avec Mr. J., dans la signature formelle du contrat thérapeutique.

### Mme S. : Trouble de personnalité Borderline

Mme S., 21 ans, est une jeune femme congolaise, adoptée à l'âge de deux semaines par une famille suisse. Elle ne connaît pas sa famille biologique d'origine et a un frère aîné également adopté. Sa mère adoptive est décédée dans un accident de voiture quand elle avait 7 ans. Son père adoptif s'est alors remarié avec une autre femme qui est venue avec ses trois enfants. La patiente dit qu'elle a toujours eu des relations très distantes avec ses frères et sœurs, ainsi qu'avec son père et sa belle-mère, lesquels, lorsqu'elle se montrait agressive, peinaient à lui mettre des limites. La patiente se souvient notamment d'un épisode à l'âge de 8 ans où elle avait détruit toutes ses poupées sans que ses parents eussent pu rien faire pour l'en empêcher. Au cours de son enfance, la relation avec sa grand-mère maternelle est la seule relation de confiance dont elle se souvient, car seule la grand-mère lui permettait d'obtenir des informations sur sa mère adoptive quand celle-ci était plus jeune, ce qui faisait du bien à la patiente. A l'âge de 15 ans, le père divorce de sa deuxième

femme, et la grand-mère décède après une longue maladie. Comme le décrit Mme S., à ce moment-là, elle s'est sentie complètement seule dans sa vie. Elle se met à fréquenter un groupe de jeunes toxicomanes, en particulier cocaïnomanes. Suivent quatre années de consommations plus ou moins régulières de drogue couplées à des comportements agressifs et à de la prostitution. Sur le plan affectif, Mme S. a eu plusieurs relations sentimentales instables avec des hommes tous issus du groupe de toxicomanes qu'elle fréquentait. A l'âge de 19 ans, alors qu'elle est résidente dans un foyer, elle réussit à se distancier pour la première fois pendant plus d'une année de la drogue et de ce groupe, et envisage d'entamer une formation professionnelle. C'est à ce moment-là qu'elle entreprend une démarche de psychothérapie.

#### Demande de traitement

Mme S. demande une psychothérapie afin de mieux contrôler ses crises de colère abruptes et une agressivité importante qui la conduit à briser des objets, mais aussi à crier et à insulter des proches et des collègues.

#### Problématique

La difficulté centrale de Mme S. se situe au niveau d'une défaillance du contrôle émotionnel qui l'amène à se comporter de façon exagérément violente. Mme S. présente aussi une forte impulsivité dans ses relations affectives, qui se traduisent par de brusques changements et des ruptures, en général provoquées par elle et probablement engendrées par la peur d'être quittée.

#### Analyse des Plans

Les réponses aux cinq questions clés de l'Analyse des plans sont pour le cas de Mme S. les suivantes : (1) impressions subjectives laissées par la patiente : personne compétente et

indépendante ; (2) actions que la patiente chercherait à provoquer chez les autres : s'occuper d'elle, en évitant de la confronter ; (3) image de soi transmise : être compétente, sans faille, quelqu'un de motivé pour le traitement ; (4) image de soi préservée : être en harmonie avec soi-même ; (5) comportement inadéquat dans la situation présente : dire qu'elle est très malade, l'abandonner ou la rejeter ouvertement.

L'Analyse des Plans (voir Figure 4) révèle un certain nombre de Plans d'évitement (par exemple des émotions négatives, de la proximité avec l'autre de peur d'être blessée) qui se reflètent dans des ruptures thérapeutiques précoces et dans un détachement affectif observable notamment dans son discours employant souvent des termes abstraits. On peut également relever un réseau de Plans d'approche traduit par des intentions comme « contrôle la relation », « présente-toi comme compétente », « recherche un groupe qui t'accepte ». Ces Plans d'approche sont réalisés par des moyens comportementaux tels que le sourire en séance, l'affiliation à un groupe de toxicomanes et l'agressivité. Les besoins de base les plus importants de cette patiente sont l'évitement de la blessure, la recherche d'harmonie et la recherche de proximité ; l'augmentation de l'estime de soi n'apparaît pas chez elle comme un besoin de base orientant ses Plans. Les conflits entre Plans se situent essentiellement entre la recherche d'une proximité avec les autres et l'évitement d'une certaine intimité ou d'un rapprochement trop important dans les contacts, ce qui pour Ansmann (2002) constitue la conflictualité prototypique des troubles de personnalité Borderline. Le nombre élevé de Plans d'évitement nous renseigne sur la grande fragilité psychologique de cette patiente, qui malgré son apparence initialement séductrice, manque des compétences sociales indispensables pour atteindre ses buts et satisfaire ses besoins affectifs. En fait, prise dans son conflit psychique entre besoin de proximité et méfiance vis-à-vis des autres, elle cherche surtout à contrôler la relation, se montrant agressive ou impulsive pour éviter d'être trop

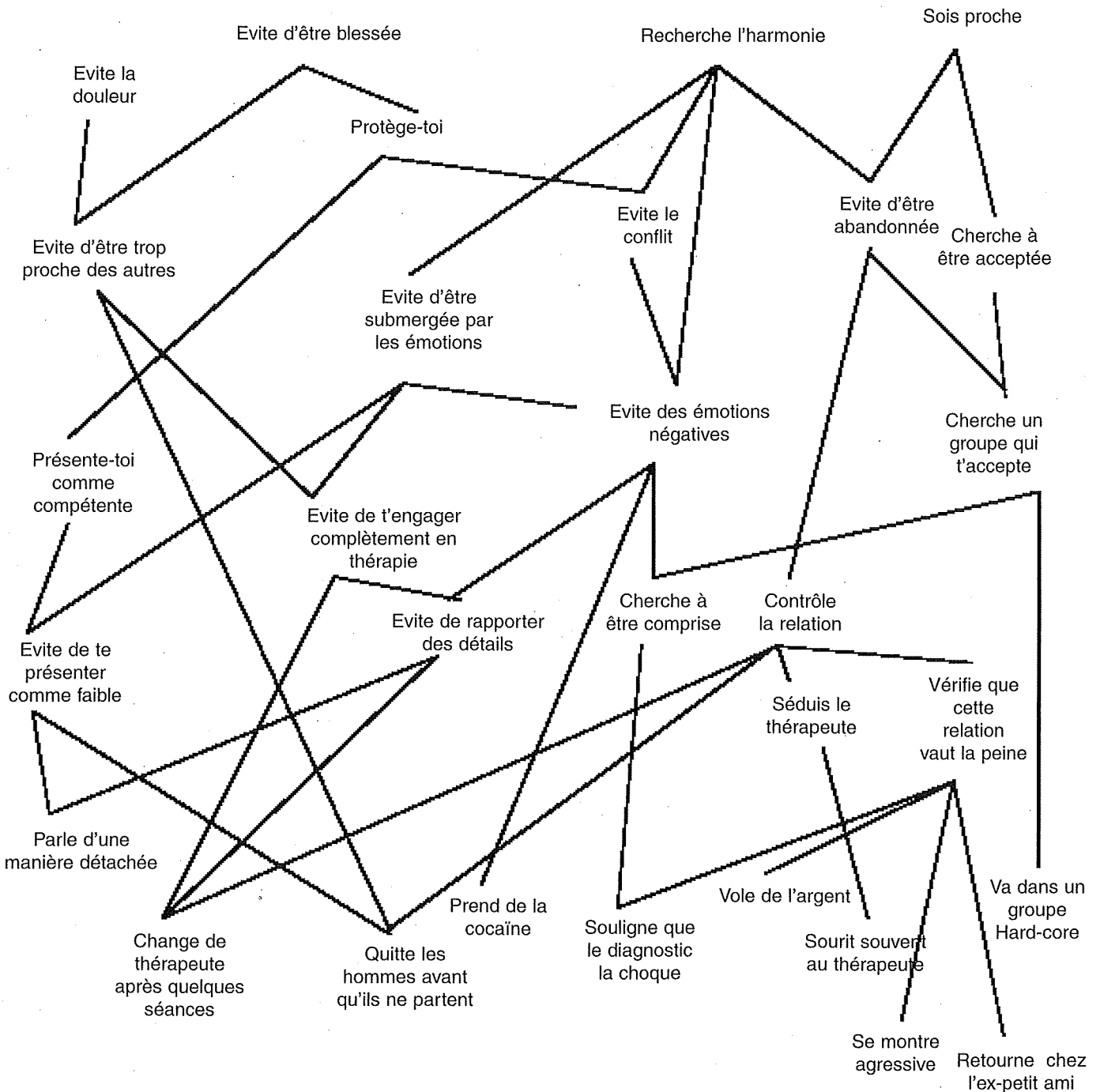
proche et risquer de subir les contre-coups d'une séparation ou d'une rupture qu'elle n'aurait pas choisie.

#### Objectifs du traitement en fonction de la conceptualisation

Dans un premier temps, il s'agit d'établir une alliance de travail avec cette patiente et d'éviter une nouvelle rupture thérapeutique qui s'ajouterait à l'ensemble des autres ruptures déjà vécues. S'appuyant sur le principe de la relation thérapeutique centrée sur les motifs basé sur l'Analyse des Plans effectuée, le thérapeute signifie à Mme S. qu'il est disponible et motivé à travailler avec elle. Il répond ainsi de manière complémentaire au besoin d'être proche, mais évite d'être contingent par rapport aux comportements et Plans inférieurs qu'elle « utilise » dans une sorte de « jeu interactionnel non transparent » ou de manipulation sans doute inconsciente (Sachse, 2003 ; par exemple « Séduis le thérapeute »). Il s'agit également de lui signifier que dans la thérapie il est important qu'elle se sente protégée (cf. le Plan supérieur « Protège-toi »).

Dans un deuxième temps, il s'agit d'augmenter le répertoire des compétences comportementales en utilisant par exemple le modèle de Linehan (1993). A partir de la formulation de la problématique, de l'Analyse des Plans et la demande de la patiente, le focus de la thérapie sera dans un premier temps comportemental, dans l'optique d'améliorer la régulation émotionnelle, notamment de l'agressivité et de la colère, en se basant sur des situations concrètes. Un plus grand répertoire de stratégies de coping, notamment en termes de compétences sociales, permettra à Mme S. d'envisager plus sereinement la poursuite de la formation et des relations affectives plus satisfaisantes en accord avec ses besoins de base. C'est à cette étape que la thérapie se situe actuellement.

Dans un troisième temps, ou si possible en parallèle au point précédent, les liens entre comportements, émotions, Plans et besoins de base



**Figure 4**  
*Analyse des Plans de Mme S.*

sous-jacents peuvent être explicités. Retravailler les traumatismes multiples en lien avec les expériences de ruptures fera également partie de ce traitement.

**Discussion**

Ces trois cas illustrent les apports de l'Analyse des Plans comme procédé de conceptualisation individualisée de cas complémentaire à l'analyse fonctionnelle classique utilisée habituellement en thérapie comportementale et cognitive. Cette méthode permet sans doute de mieux rendre compte de la complexité cli-

nique inhérente aux trois situations présentées, que ne peut le faire l'analyse fonctionnelle synchronique ou diachronique, car elle permet de conceptualiser le comportement du patient en séance, notamment sur le plan non-verbal, et de le faire cadrer avec d'autres conduites habituelles observées dans la vie du patient, en

gardant un ensemble cohérent et global qui reste très proche du vécu individuel. Cette méthode se révèle tout à fait compatible avec d'autres approches de conceptualisation et d'intervention utilisées en TCC.

L'analyse des Plans est une méthode de conceptualisation de cas, elle ne s'associe donc pas particulièrement à l'une ou l'autre des techniques thérapeutiques qui pourront ensuite être employées dans le traitement. Pour Mme M. par exemple, l'analyse des Plans n'a pas empêché l'usage pertinent des techniques cognitives de conceptualisation puis de restructuration de la pensée. Pour Mr. J., l'analyse des Plans a surtout permis de mieux saisir l'attitude contradictoire de ce dernier par rapport à la thérapie et a aidé à orienter le thérapeute dans sa réponse face à ce problème ; elle ne peut se substituer à un traitement cognitif des hallucinations persistantes, traitement qui toutefois ne permet en soi de comprendre et dépasser le problème de fréquentation chaotique des séances. Cette flexibilité thérapeutique chez les thérapeutes qui utilisent l'Analyse des Plans a été rapportée par Grawe, Caspar et Ambühl (1990) qui ont montré une meilleure qualité relationnelle, opérationnalisée par plusieurs variables, dans les traitements délivrés sur la base de l'Analyse des Plans, comparée à des thérapies cognitivo-comportementales et centrées sur la personne.

Le caractère individualisé de cette approche permet une précision clinique appréciable, une formulation relativement simple et pertinente de la problématique d'un patient, qui aide à synthétiser la complexité des situations et à en tirer des pistes d'intervention claires et bien orientées, surtout d'un point de vue relationnel. Dans ce sens l'Analyse des Plans permet de planifier des offres relationnelles adaptées au patient singulier, traduit par la notion de relation thérapeutique centrée sur les motifs. La première patiente par exemple devrait faire l'expérience dans la relation thérapeutique d'un thérapeute fiable, affectueux, qui lui laisse le contrôle sur le processus thérapeutique dans la mesure du pos-

sible. Eviter de la confronter avec ses faiblesses devrait également faire partie d'une première phase de traitement orientée sur l'activation des ressources, dans laquelle il s'agit de construire une alliance de travail positive. Pour Mr. J., il est important de faire l'expérience que le thérapeute souligne ses aspects fonctionnels et qu'il valorise sa demande de traitement. Ce dernier élément activera certainement l'ambivalence mentionnée et permettra de l'explorer en fonction des Plans et buts impliqués, en adoptant une attitude de clarification. Finalement, pour Mme S., le thérapeute doit s'efforcer de la protéger dans un premier temps de l'activation de souvenirs en lien avec de multiples pertes et traumatismes, tout en promettant de travailler ces aspects par la suite. A travers ces exemples, il devient clair qu'une attitude thérapeutique non-individualisée peut renforcer des comportements (ou Plans) problématiques (pour Mme M : une directivité au niveau du contenu comme prévu dans un traitement cognitif de la dépression ; pour Mr. J. : prendre des responsabilités à la place du patient ; pour Mme S. : être séduit par la compétence affichée) ; de telles attitudes sont même anti-thérapeutiques pour ces patients à moyen et à long terme. Notamment dans le traitement des troubles de la personnalité, impliquant des patterns interpersonnels destructifs à la relation thérapeutique, l'offre relationnelle individualisée est importante. Dans ce sens, la commission d'expert constituée de plusieurs associations de psychiatres, psychologues et psychothérapeutes allemandes recommande l'établissement d'une relation thérapeutique centrée sur les motifs (basée sur l'Analyse des Plans) en tant que première étape du traitement des troubles de la personnalité, indépendamment de l'approche thérapeutique (Herpertz, 2008 ; Gaebel et Falkai, 2009). Nous pensons que cette recommandation clinique va plus loin que les approches basées de la thérapie cognitive qui ont déjà fait leurs preuves dans des essais contrôlés (Cottraux *et al.*, 2009 ; Giesen-Bloo *et al.*, 2006) et permet d'améliorer la qualité des traitements des troubles de la personnalité, en individualisant la

procédure de conceptualisation de cas et en donnant un poids particulier aux manifestations non-verbales dans l'interaction thérapeutique.

Les apports cliniques de la relation thérapeutique centrée sur les motifs ont été investigués par la recherche, notamment la question de savoir si ce type de relation thérapeutique est relié au résultat thérapeutique à la fin de la psychothérapie. Caspar *et al.* (2005) ont montré dans des settings de psychothérapie interpersonnelle un lien entre cette attitude thérapeutique et l'évolution des symptômes. De plus, plusieurs études de cas récentes montrent l'importance de la relation thérapeutique centrée sur les motifs dans des settings de thérapie d'exposition de l'état de stress post-traumatique (Kramer, 2009 ; Kramer & Caspar, 2007) et des troubles de la personnalité (Caspar & Ecker, 2008).

Ces dernières réflexions montrent une autre implication de l'utilisation de l'Analyse des Plans, celle des études de cas en tant que stratégie de recherche en psychothérapie (Fishman, 1999 ; Stiles, 2007). En effet, son utilisation rigoureuse est tout à fait dans la ligne de ce que Fishman (1999) appelle les études pragmatiques de cas où la formulation individualisée du cas est au centre de la démarche. Les critères rattachés à ces études pragmatiques de cas pourraient, à terme, devenir une exigence formelle dans la formation des psychothérapeutes, indépendamment de l'approche utilisée (Fishman, 2008).

Finalement, il est important de noter que l'Analyse des Plans nécessite une formation approfondie, comprenant une série d'exercices de conceptualisations de cas, y compris la conduite du traitement, sous supervision rapprochée. C'est une approche qui est sans doute réservée pour l'instant à des psychothérapeutes avancés maîtrisant déjà les autres types d'analyse fonctionnelle, ainsi que des systèmes de catégories basés sur les schémas et capables d'insérer cette approche dans leur conceptualisation des cas et de l'utiliser sous supervision ou en fonction de leurs besoins.

Article Reçu le 5 janvier 2009  
et Accepté le 1er juillet 2010

## Références

- Ansmann, A. (2002). *Borderline-Persönlichkeitsstörung: Subgruppen aus plananalytischer Sicht*. Unpublished diploma thesis. University of Freiburg i.B.
- Belz, M. (2009). *Aussergewöhnliche Erfahrungen. Phänomene, Modelle und Interventionsmöglichkeiten*. Reihe : Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen : Hogrefe.
- Caspar, F. (1984). *Analyse interaktiver Pläne*. Unpublished Dissertation. Bern : University of Berne.
- Caspar, F. (1995). *Plan Analysis. Towards optimizing Psychotherapy*. Seattle : Hogrefe.
- Caspar, F. (1996) (Ed.). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen : DGVT.
- Caspar, F. (1997). Plan Analysis. In T. D. Eells (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 260-288). New York : Guilford Press.
- Caspar, F. (2007a). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern : Verlag Hans Huber.
- Caspar, F. (2007b). Plan Analysis. In T. D. Eells (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Case Formulations*. Second Edition (pp. 251-289). New York : Guilford Press.
- Caspar, F., & Grossmann, C., Unmüßig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship : Therapist Behavior, Interpersonal Patterns, and Therapeutic Effects. *Psychotherapy Research*, 15, 91-102.
- Caspar, F., & Ecker, S. Treatment of an Avoidant Patient with Comorbid Psychopathology : A Plan Analysis Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 139-153.
- Caspar, F., & Moix, E. (2006). L'Analyse des Plans : une approche intégrative de conceptualisation des cas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(4), 151-156.
- Cottraux, J., & Blackburn, M. I. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Millierey, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., De Mey Guillard, C., Culem, A., Gueyffier, F. (2009). Cognitive Therapy versus Rogerian Supportive Therapy in Borderline Personality Disorder. Two-Year Follow-up of a Controlled Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307-316.
- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz.
- Eells, T. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York : Guilford Press.
- Fishman, D. (1999). *The Case for Pragmatic Psychology*. New York : New York University Press.
- Fishman, D. (2008). *Therapy research and training working together : Establishing the ability to write a publishable pragmatic case study as a minimal competence for doctoral practice as a research resource*. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Barcelona : June 19-21.
- Gaebel, W., & Falkai, P. (2009). *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Federführung : Sabine C. Herpertz (DGPPN)*. Beerfelden : Steinkopff Verlag.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Grawe, K. (1980). Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In K. Grawe (Ed.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (pp. 88-223). München : Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf, & J. C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 215-244). München : Röttger-Verlag.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen : Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung : Vier Therapieformen im Vergleich : Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 294-376.
- Herpertz, S. C. (2008). *Persönlichkeitsstörungen*. State of the Art Symposium à la Conférence Annuelle de la Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin : 26 - 29 novembre 2008.
- Kramer, U. (2009). Individualizing exposure therapy for PTSD : a case study. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(2), 1-24.
- Kramer, U., Berger, T., & Caspar, F. (2009). Psychotherapeutic Case Conceptualization using Plan Analysis for Bipolar Affective Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 352-367.
- Kramer, U., & Caspar, F. (2007). *Individualiser la thérapie d'exposition en utilisant l'Analyse des Plans : Etude de cas*. Colloque International Pratiques et Evaluations des Psychothérapies. Dijon : Université de Bourgogne, 27 novembre.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the Structure of Behavior*. New York : Holt.
- Mirabel-Sarron, C., & Vera, L. (1995). Le diagnostic fonctionnel ou l'analyse fonctionnelle. In C. Mirabel-Sarron, & L. Vera (Eds.), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive* (pp. 23-31). Paris : Dunod.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen : Hogrefe.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die*

*Praxis*. Göttingen : Hogrefe.  
Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psy-*

*chotherapy Research*, 7(2), 122-127.  
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La*

*Thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité* (B. Pascal, Trad.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Université.

