



**HAL**  
open science

## Médiations par l'écriture et symbolisation : évaluation d'un dispositif thérapeutique pour adolescents avec l'Adolescent Psychotherapy Q-Set

Corentin Boulay, Invernizzi Claire, Joëlle Lighezzolo-Alnot, Nadine Demogeot

### ► To cite this version:

Corentin Boulay, Invernizzi Claire, Joëlle Lighezzolo-Alnot, Nadine Demogeot. Médiations par l'écriture et symbolisation : évaluation d'un dispositif thérapeutique pour adolescents avec l'Adolescent Psychotherapy Q-Set. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68 (8), pp.440-450. 10.1016/j.neurenf.2020.10.004 . hal-02963649

**HAL Id: hal-02963649**

<https://hal.science/hal-02963649v1>

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Titre :** Médiation par l'écriture et symbolisation: évaluation d'un dispositif thérapeutique pour adolescents avec l'Adolescent Psychotherapy Q-Set

**Title:** Writing mediation and symbolization : evaluation of a therapeutic setting for adolescents using the Adolescent Psychotherapeutic Q-Set

**Auteurs :** Boulay, C., Invernizzi, C., Lighezzolo – Alnot, J., Demogeot, N.

C Boulay, Doctorant en psychologie  
Université de Lorraine, laboratoire Interpsy, EA 4432  
Adresse : Université de Lorraine, Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales, 23 Bd Albert  
1er, 54015 Nancy cedex, France  
Mail : [corentin.boulay@univ-lorraine.fr](mailto:corentin.boulay@univ-lorraine.fr) / Téléphone : 06 31 91 44 37

C Invernizzi, Étudiante en psychologie  
Université de Lorraine, laboratoire Interpsy, EA 4432  
Adresse : Université de Lorraine, Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales, 23 Bd Albert  
1er, 54015 Nancy cedex, France

J Lighezzolo-Alnot, Professeure de psychologie clinique  
Université de Lorraine, laboratoire Interpsy, EA 4432  
Adresse : Université de Lorraine, Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales, 23 Bd Albert  
1er, 54015 Nancy cedex, France

N Demogeot, Maître de conférences en psychologie clinique  
Université de Lorraine / ESPE, laboratoire Interpsy, EA 4432  
Adresse : Université de Lorraine, Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales, 23 Bd Albert  
1er, 54015 Nancy cedex, France

## **Titre : Médiation par l'écriture et symbolisation : évaluation d'un dispositif thérapeutique pour adolescents avec l'Adolescent Psychotherapy Q-Set**

**Résumé :** Objectifs : Les thérapies par l'écriture pour adolescents sont aujourd'hui largement mobilisées sur le plan clinique, et très étudiées dans le champ de la recherche. Si leurs effets peuvent être mis en évidence, les mécanismes qui en sous-tendent l'émergence restent encore mal connus (Doucet et al., 2018), nécessitant des recherches à même d'identifier les processus à l'œuvre en thérapie par l'écriture. Notre étude vise précisément à mettre en évidence les processus thérapeutiques émergeant en médiation par l'écriture auprès d'adolescents en situation de placement. Nous nous sommes focalisés sur les phénomènes qui apparaissent dans la dyade patient – thérapeute, sous le prisme de l'analyse des processus de symbolisation, de réflexivité, et de leurs interactions avec la fonction médium - malléable du thérapeute (Roussillon, 2016). Par ailleurs, nous avons procédé à une comparaison de la thérapie écriture avec d'autres modèles psychothérapeutiques (Bychovka et al., 2011), pour tenter d'en dégager des spécificités. Méthode : Nous avons évalué 7 dyades patient – thérapeute au cours d'une thérapie à médiation par l'écriture. Chaque dyade a fait l'objet de 3 évaluations à différents temps de la thérapie (début – milieu – fin). Nous avons analysé les processus grâce à l'Adolescent Psychotherapy Q-Set APQ), validé par Calderon et al. (2017), puis nous avons procédé à une analyse factorielle pour mettre en évidence 3 facteurs représentant les grandes tendances de nos 21 cotations totales. Résultats : Les 3 facteurs mettent en évidence des tendances thérapeutiques diversifiées ainsi que des configurations dyadiques spécifiques au sein du même cadre thérapeutique. L'APQ nous permet également de rendre compte de la nature des processus de symbolisation chez les adolescents en atelier à médiation et de décrire les modalités d'expression de la fonction médium – malléable du thérapeute. Enfin, les données révèlent que la thérapie à médiation par l'écriture est une thérapie polymorphe, dont les particularités de l'attitude thérapeutique s'adaptent, au sein *des* dyades, aux adolescents qui composent le groupe.

**Mots - clés** : Médiations thérapeutiques – Thérapie par l'écriture – Adolescence – Processus thérapeutiques – Adolescent Psychotherapy Q-Set – Symbolisation

**Title: Writing mediation and symbolization : evaluation of a therapeutic setting for adolescents using the Adolescent Psychotherapeutic Q-Set**

**Abstract:** Objectives: Writing therapies for adolescents are now widely used in clinical settings and also well studied in research. Even if their effects can be highlighted, the mechanisms underlying their emergence remain poorly understood (Doucet et al., 2018) requiring further research to identify the processes working in writing therapy. Our study aimed to highlight the emerging therapeutic processes in writing mediation with institutionalized adolescents. We focused on the processes that appear in the patient-therapist dyad, under the prism of the analysis of symbolization processes, reflexivity, and their interactions with the “malleable – medium” (Brun et al., 2020) function of the therapist (Roussillon, 2016). Furthermore, we proceeded with a comparison of writing therapy with other psychotherapeutic models (Bychovka et al., 2011) in order to identify specific tendencies.

**Method:** We evaluated seven patient-therapist dyads in a writing mediation therapy. Each dyad was assessed at three different times of therapy (beginning - middle - end). We analyzed the processes using the Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ), validated by Calderon et al. (2017), and then performed a factor analysis to identify three factors representing the major trends of the 21 sorts.

**Results:** The three factors highlight diversified therapeutic trends, specific dyadic configurations within a single therapeutic writing workshop. The APQ also allowed us to account for the nature of the symbolization processes in the adolescents of the group and to describe the modalities of expression of the therapist's “malleable – medium” function. Finally, the data revealed that this writing therapeutic mediation is a polymorphic therapy whose particularities of the therapeutic attitude are adapted, within the dyads, to the adolescents who make up the group.

**Keywords:** Therapeutic mediation – Writing therapy - Adolescence – Therapeutic processes – Adolescent Psychotherapy Q-set – Symbolization

## INTRODUCTION

### Thérapies par l'écriture à l'adolescence

Les thérapies par l'écriture sont utilisées auprès des adolescents sous des formes très diverses, ayant chacune des effets sur l'état de santé mentale des jeunes sujets. Le paradigme de l'Expressive Writing, par exemple, désigne un processus d'écriture individuelle qui s'exprime dans des conditions spécifiques, standardisées, organisées par des contraintes thématiques, de régularité et de temporalité. Ce modèle d'écriture a montré qu'il pouvait accroître le sentiment de bien-être et la régulation des symptômes liés aux épisodes de stress post-traumatiques [1]. En contexte psychothérapeutique, l'écriture favorise la reprise de configurations psychopathologiques de l'organisation psychique et/ou cognitive à l'adolescence, elle permet d'accompagner une évolution dans la réorganisation d'une subjectivité impactée par la souffrance. Ainsi, l'écriture peut avoir pour fonction de relancer des processus psychiques ou cognitifs qui ont été invalidés par des événements de vie, enclencher une dynamique résiliente, de liaison entre des éléments psychiques clivés, réengager les processus de séparation-individuation [2] qui constituent une partie du travail de construction de l'identité à l'adolescence. La fonction narrative de l'écriture, notamment, favorise un processus de construction/reconstruction de soi, car elle engage la production d'un narratif mettant en mouvement une dynamique psychique qui peut se contenir, s'historiciser, se symboliser [3]. Écritures et réécritures, soutenues dans un contexte psychothérapeutique donnent lieu à une possible mise en sens et à une réappropriation des expériences subjectives qui n'ont pu être élaborées, participent à la réduction de la charge traumatique liée aux événements de vie [4-5]. Par ailleurs, l'écriture donne lieu au retour d'une expérience de plaisir, éprouvée à travers l'activité créatrice qui vient faire contrepoint aux exigences psychiques de compulsion de répétition qu'engendrent les pathologies d'origine traumatiques. C'est le cas particulièrement des ateliers à médiation par l'écriture, qui sont des formes spécifiques de pratiques thérapeutiques inscrites dans le paradigme psychanalytique des médiations thérapeutiques. Ces formes de psychothérapies comportent deux éléments fondamentaux, qui diffèrent du cadre habituel de la rencontre patient - thérapeute en face à face, car le médium malléable et la notion de groupalité sont des opérateurs fondamentaux de la dynamique psychothérapeutique [6].

### Processus thérapeutiques de la thérapie à médiation par l'écriture

L'écriture peut donc se révéler particulièrement adaptée à plusieurs psychopathologies qui se manifestent au moment de l'adolescence [7]. En effet, au regard d'un modèle psychanalytique et d'une analyse clinique des processus de symbolisation, la présence simultanée de différents cadres dans la médiation écriture peut avoir des répercussions et un impact symbolisant chez l'adolescent présentant des troubles du comportement [8]. Ces éléments mettent en évidence, d'une part, que l'écriture, lorsqu'elle est médiatisée par un thérapeute, encourage l'émergence de phénomènes thérapeutiques ; d'autre part que des effets émergent également au cours du processus d'écriture *unfacilitated*, c'est-à-dire dans une perspective non médiatisée par un thérapeute, comme c'est le cas dans le paradigme de l'Expressive Writing.

Néanmoins, malgré la multiplication des recherches sur les thérapies par l'écriture auprès d'adolescents, les mécanismes qui sous-tendent leurs effets restent mal connus [9], et il importe de poursuivre l'exploration des diverses formes de ces dispositifs, et notamment dans le champ des psychothérapies à médiation [10], afin de mettre en évidence de quelle manière et comment les thérapies par l'écriture sont profitables pour les sujets qui en bénéficient. En outre, la question plus générale de l'identification de « comment » et « pourquoi » une psychothérapie produit des changements demeure [11], car il est à l'heure actuelle encore difficile de déterminer les composantes d'une psychothérapie qui sont associées aux changements qu'elles veulent faire émerger [12]. De plus, la question spécifique des structures d'interaction dans les psychothérapies d'adolescents a peu été étudiée jusqu'à présent [13]. Le cadre de notre étude vise par conséquent à

répondre aux questions posées précédemment en tentant de comprendre et d'approfondir l'exploration des processus thérapeutiques qui guident la thérapie à médiation par l'écriture, sous le prisme spécifique de la dyade. Il s'agit d'appréhender de quelles manières les processus de symbolisation, de réflexivité et le phénomène de construction identitaire sont mobilisés tant du côté du clinicien que chez le jeune patient.

En outre, nous proposons ici une approche méthodologique visant, notamment, la lisibilité et la communicabilité des résultats dans une perspective pan-théorique, dans une volonté de mise en dialogue interdisciplinaire. Pour ce faire, dans le prolongement des recherches sur les processus thérapeutiques, nous nous sommes appuyés sur des outils capables de caractériser les processus d'une psychothérapie, indépendamment de son modèle théorique [14, 15, 16], à partir d'une approche que nous pourrions qualifier de phénoménologique.

En effet, alors que l'écriture et ses effets sur la symbolisation ont pu être observés et mis en évidence dans un certain nombre d'études étayées sur le modèle psychanalytique [4, 17, 2], mais également au regard d'une perspective cognitiviste [9], il semble pertinent d'approcher les processus dans une perspective non seulement attachée à un modèle théorique donné, mais également dans une visée objectivante. En effet, une telle démarche pourrait avoir au moins deux effets :

- D'une part, de rendre compréhensibles, communicables et comparables des conceptualisations issues du champ psychanalytique, leur conférant une perspective pan-théorique et donc mobilisable dans des études ou des contextes qui s'éloignent du cadre théorique initial, ou tout au moins descriptibles. En effet, cette perspective objectivante permettrait de rendre opérationnelles les observations des processus afin qu'elles puissent être mises en tension dans des recherches futures, indépendamment du modèle utilisé. Cette démarche permettrait alors de rendre observable pour tout observateur, les processus d'une thérapie fondée sur un modèle particulier, quel que soit le modèle.
- D'autre part, cette démarche vise également une tentative de neutralisation des biais souvent évoqués dans les recherches issues du champ psychanalytique, à savoir la faible représentativité des résultats produits, et leur manque de validité. L'usage d'une méthodologie adaptée rend alors compte des processus à la fois dans une perspective attentive aux phénomènes psychiques qui occurred au cours de la thérapie, et fournit également un appui conceptuel qui puisse rendre compte de ces effets quel que soit le modèle d'exercice de la thérapie, ce qui rejoint notre premier point. Une telle démarche permet alors de tester des hypothèses issues d'un cadre psychanalytique, tout en produisant des données qui rendent la thérapie étudiée exploitable par d'autres approches, ouvrant alors la présentation des résultats au-delà d'une lecture psychanalytique.

Cette démarche rejoint donc la double nécessité de comprendre les mécanismes et les processus qui entrent en jeu en psychothérapie à médiation, visant ainsi à enrichir les données scientifiques permettant de favoriser l'orientation de soin des jeunes patients ; mais également celle d'identifier et de rendre communicables les processus des thérapies d'orientation psychanalytique dans un cadre qui dépasse son champ paradigmatique. En effet, bien que les thérapies psychanalytiques classiques aient pu montrer leurs effets, rendre observables les bénéfices qu'elles produisent et les processus par lesquels ces effets sont médiatisés [14, 18], le champ des médiations, bien représenté dans les prises en charge d'adolescents, ne bénéficie à l'heure actuelle que de peu de tentatives d'objectivation et de généralisation des processus en jeu [6] de même que ces processus restent mal connus. Ainsi, bien que leur pertinence puisse être assurée au regard d'un certain nombre de problématiques, la lisibilité de ces processus peut être rendue ardue par la complexité de leurs modèles théoriques sous-jacents, et susciter bien des réserves de la part d'évaluateurs externes, pouvant alors nuire à la démarche thérapeutique, à sa visibilité ou à son accessibilité, à l'image des critiques qui ont pu être adressées à de nombreuses reprises au champ psychanalytique dans son ensemble.

## MÉTHODOLOGIE

### L'atelier à médiation par l'écriture

Les données ont été recueillies dans un atelier à médiation par l'écriture mené par l'un des auteurs de cet article, réunissant 10 adolescents, dont 7 retenus dans la présente étude, pendant 10 séances. Chaque séance s'est déroulée à deux semaines d'intervalles, pour une durée de 1h à 1h30 chacune. Le choix de réduire à 7 le nombre d'adolescents tient au fait que seuls ces adolescents ont participé à un nombre suffisant de séances pour pouvoir faire l'objet de 3 évaluations. Ces adolescents, 4 filles et 3 garçons, sont tous âgés de 13 à 15 ans au moment où nous les rencontrons et sont par ailleurs accueillis depuis plusieurs années au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Sociale (MECS). Six des sept adolescents font l'objet d'un placement dit judiciaire, ordonné par un Juge des Enfants, alors qu'une adolescente est impliquée dans une situation de placement administratif, sollicité par la famille. Dans l'ensemble de ces situations, le placement intervient afin de protéger l'enfant/adolescent d'une situation de danger (maltraitements, négligences, etc.) qui peut survenir dans son environnement familial. En outre, ces adolescents s'inscrivent tous dans des problématiques pathologiques complexes : symptômes dépressifs, troubles externalisés et passages à l'acte répétés, inhibition et difficultés relationnelles, les événements de vie compliqués (séparations, ruptures et deuils) renforçant la vulnérabilité de leur organisation psychique.

L'atelier d'écriture s'est déroulé dans l'enceinte de la MECS où sont accueillis les adolescents. Le dispositif a été proposé en appui sur les observations des éducateurs et psychologue de la structure pour répondre aux problématiques posées par les symptomatologies précédemment évoquées. Nous avons constitué un groupe ouvert, proposé aux adolescents potentiellement identifiés pour en bénéficier, sans obligation pour eux d'y participer, ni même de se présenter à toutes les séances. L'organisation générale de l'atelier répond à une logique d'expression libre et spontanée, laissant le choix aux adolescents d'exploiter le cadre comme ils le souhaitent, en manipulant la narration (en fonction de leurs propres idées ou d'inducteurs précis) ainsi que les matériaux disponibles (feuilles, scripteurs, outils ...) à leur guise. Ainsi, aucun inducteur ou matériel n'est imposé. L'atelier se structure en fonction de trois lieux potentiels de création : l'adolescent entre en médiation par l'écriture pour y écrire ce qu'il souhaite, sans inducteurs issus de l'extérieur ; l'adolescent peut s'appuyer sur un « guide d'écriture » composé d'inducteurs pré-identifiés par le thérapeute ou sur le thérapeute lui-même pour écrire ; l'adolescent peut participer à des écrits dont les inducteurs sont proposés directement par le thérapeute. Parmi les inducteurs ou formes d'écriture qui ont été proposés/exploités pendant l'atelier, nous pouvons citer : des textes de forme libre pour répondre à un énoncé (« Inventer un personnage fictif qui nous représente » ; « racontez un conflit » ; « racontez un cauchemar »), des textes dont la forme est imposée et la thématique libre (« écrivez une lettre, à la personne de votre choix »), des textes aux formes imposées et construits en groupe (cadavres exquis et variantes ; listes). À l'issue de chaque temps d'écriture, les adolescents sont invités à lire, parler de leurs textes ou du processus d'écriture sans que cela ne leur soit imposé. Par ailleurs, une discussion et un retour ont lieu à chaque fin de séance.

### Adolescent Psychotherapy Q-Set

L'Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ), utilisé pour produire les données, est un outil de mesure des processus psychothérapeutiques qui vise à caractériser la nature de l'attitude du thérapeute, celle du patient et la nature de la relation dyadique par la cotation de 100 items, dans une perspective pan-théorique. En effet, il a été élaboré de sorte à décrire des phénomènes qui occurrent en psychothérapie d'adolescent, et de manière à caractériser ces phénomènes dans une perspective qui ne soit à priori pas rattachée à un modèle thérapeutique/théorique spécifique.

La cotation de chacun des 100 items qui constituent l'APQ s'effectue sur la base d'une séance entière de psychothérapie, via un enregistrement audio, vidéo ou à travers des notes cliniques extensives [11]. Chaque item est composé d'une proposition désignant un phénomène potentiellement émergent au cours d'une psychothérapie d'adolescent, qu'il s'agit de coter selon qu'il est « caractéristique », c'est à dire avec un poids important dans la séance de thérapie étudiée ; « neutre », c'est à dire non pertinent à prendre en compte dans la séance étudiée ; ou « non - caractéristique », c'est à dire que sa formulation initiale peut être inversée pour rendre compte d'un élément important et saillant de la thérapie (par exemple : l'item 74 coté « caractéristique » indique que « l'humour est utilisé » ; sa valence « non - caractéristique » indique que l'interaction est grave, austère). La cotation des items suit une logique ipsative, c'est à dire que chaque cotation d'un item est envisagée et mise en tension avec l'ensemble des autres items [19]. En effet, la méthode de tris de la méthodologie Q (Q-Sort), à laquelle correspond la cotation de l'APQ, ne permet de coter qu'un nombre restreint d'items dans chacune des 9 catégories possibles, ce qui implique qu'une évaluation qualitative du "poids" d'un item soit opérée par les cotateurs. La procédure de cotation utilisée est conforme à la méthodologie présentée par Thurin et Thurin [20] concernant les Q-Sorts.

Chacun des 7 adolescents de notre étude a fait l'objet d'une cotation de l'APQ à 3 temps de son parcours psychothérapeutique (début - milieu - fin de thérapie), ce qui a donné lieu à un total de 21 cotations APQ. Conformément aux recommandations de Thurin et Thurin [20] chaque cotation de l'APQ a été réalisée en groupe de pairs et sur la base d'enregistrements audio. En effet, la méthodologie Q, sur laquelle s'appuie l'APQ, favorise la mise en évidence systématique et standardisée d'un point de vue subjectif d'un observateur sur un objet donné. Ici, il est question pour l'évaluateur de caractériser les phénomènes qui, selon lui, sont prépondérants dans une psychothérapie donnée. L'introduction d'un groupe de pairs dans la méthodologie permet alors de neutraliser le poids de la subjectivité pour envisager la cotation dans une perspective plus objective.

L'APQ a été validé en 2017 par Calderon et al., mais ne bénéficie à ce jour d'aucune traduction française. Nous avons donc procédé à une traduction française appuyée par plusieurs experts<sup>1</sup>. Par ailleurs, l'APQ a pour vocation d'évaluer ce que les auteurs nomment la dyade adolescent – thérapeute en qualifiant les attitudes, comportements, propositions qui se déroulent dans la relation entre patient et thérapeute. Cet outil ne prend donc pas en considération la notion groupale de notre atelier d'écriture. Le recours au terme « dyade » renvoie donc à l'objet d'étude de l'APQ, la relation thérapeutique, qui, dans notre étude, s'exprime dans un cadre groupal qui ne sera cependant pas pris en compte.

## **Méthodologie Q**

Les modalités d'analyse de l'APQ et notamment son traitement statistique reposent sur un design méthodologique appelé « Méthodologie Q ». Cette méthodologie vise un principe de cotation et de catégorisation (classement) de plusieurs propositions (ici, les items du Q-sort) descriptives d'un objet d'étude spécifique (dans le cas de l'APQ, l'objet est le cadre thérapeutique composé de la relation thérapeutique, des attitudes du patient et de celles du thérapeute). Chaque classement (une cotation des 100 items de l'APQ) met donc en évidence ce qui semble le plus caractéristique pour un cotateur qui doit procéder au classement d'un nombre défini d'énoncés [21]. À cet égard, la méthodologie Q vise en premier lieu à transmettre le point de vue subjectif du cotateur, une opinion ou une manière d'appréhender le monde, sur un sujet donné, et pour un individu donné. Cette méthodologie permet donc initialement l'étude de la subjectivité, chaque cotation représentant l'organisation subjective du cotateur [19]. Or, l'introduction du groupe de pair favorise l'importation de cette méthodologie dans le champ de la caractérisation des psychothérapies. En effet, avec cette tentative de neutralisation et d'objectivation de la cotation, le

---

<sup>1</sup> Cette traduction s'est également appuyée sur les conseils et échanges entretenus avec Ana Calderon, chercheure ayant conduit le travail de validation et d'actualisation de l'APQ en langue anglaise.



matériel donné par l'APQ permet alors, non plus de caractériser le point de vue du cotateur sur la psychothérapie étudiée, mais favorise l'accès à une description relativement fidèle de l'objet d'étude, à savoir la psychothérapie [20]. Ainsi, l'alliance du matériel constituant l'APQ, de la méthodologie Q et l'introduction du groupe de pair permettent le passage d'un design méthodologique visant à étudier l'opinion subjective d'un individu sur un objet donné à une méthode d'analyse des caractéristiques de cet objet (la psychothérapie). En résumé, nous appréhenderons à travers cette méthodologie, l'analyse de la classification des items de l'APQ en tant que représentation d'une configuration spécifique de la thérapie, et non l'opinion subjective de l'individu cotateur.

Cette méthodologie spécifique est, par conséquent, accompagnée d'une méthode de recueil et d'analyses de données qui lui sont également spécifiques. L'APQ est une illustration de cette méthode de recueil, le Q-sort, qui repose sur la présentation d'un ensemble de propositions (variables) qu'il s'agit de catégoriser en suivant une distribution normale et dont l'analyse repose sur l'analyse factorielle Q. À la différence de l'analyse factorielle R, qui renseigne sur la présence de facteurs communs au sein d'un groupe de variables, l'analyse factorielle Q vise la mise en évidence de facteurs communs à travers des manières différentes de catégoriser les mêmes variables : l'analyse factorielle Q permet l'analyse systématique des mêmes variables (les 100 items) dont les classifications spécifiques (les tris) révèlent des facteurs différents. Chaque variable est ainsi prise en compte systématiquement dans chaque cotation faite avec l'APQ et c'est l'agencement spécifique de ces variables (le tri) qui constituera le facteur [21]. Dans l'analyse factorielle Q, ce sont les classifications des énoncés (les tris) qui sont pris en compte pour former les facteurs, et non les individus. Ces tris sont alors représentatifs, ici, d'une configuration de la psychothérapie étudiée.

## **Analyse factorielle**

Nos analyses factorielles ont été réalisées via le logiciel PQMethod (<http://schmolck.org/qmethod/>) à partir des 21 cotations réalisées. Nous avons en effet recueilli 3 cotations APQ (classement des 100 items de l'outil) par adolescent participant à l'atelier à médiation écriture. Ces cotations ont été effectuées à trois temps de la thérapie, afin de représenter l'évolution des processus. Cette analyse a permis de mettre en lumière des correspondances entre chacune de ces cotations et d'en extraire des facteurs, des « communautés » de tris qui corrélaient fortement entre eux, et faiblement avec les autres [21]. Ainsi, la mise en perspective de l'ensemble des 21 cotations a permis de mettre en évidence des cotations qui peuvent être comparées entre elles en fonction de la ressemblance ou de la différence du classement des 100 items qui compose ces cotations. Ce faisant, le traitement statistique des données permet un regroupement en facteurs des cotations similaires, distinctes des autres cotations. Nous avons opté pour une sélection de trois facteurs descriptifs de notre modèle, qui expliquent en tout 56% de la variance, ce qui est supérieur au critère de Watts et Stenner (2012) qui suggèrent de prendre en compte un seuil limite de 35 à 40% de la variance [11]. Les facteurs sélectionnés participent à la variance à plus de 18% pour chacun d'entre eux, ce qui correspond aux normes statistiques liées aux critères de sélection des facteurs Q [19, 21].

Les trois facteurs sont constitués de 26 items qui caractérisent la nature des interactions de la dyade qu'elle décrit. En effet, à travers cette méthodologie seront mis en évidence les processus qui ocurrent dans l'espace dyadique, et non dans les interactions groupales. Ces facteurs représentent des regroupements de tris semblables entre eux et différents des autres, qui nous permettent de caractériser quantitativement les grandes tendances de la psychothérapie, et les différentes modalités de leur expression dans le contexte de l'atelier.

## **Les médiateurs préconstruits : opérateurs de la psychothérapie**

Afin d'analyser nos données au regard de notre modèle théorique, nous avons centré notre démarche sur la mise en évidence de médiateurs préconstruits [21], c'est à dire sur une pré-sélection, validée par l'ensemble des auteurs de cet article, des items de l'APQ, lesquels, cotés sous leur versant soit caractéristique, soit non-caractéristique, rendent compte des grands opérateurs du travail thérapeutique en médiation, et des processus de transformation psychique qui ocurrent chez l'adolescent.

Le tableau 1 présente les listes préétablies d'items qui visent à rendre compte des processus suivants :

- La fonction médium malléable du clinicien
- Les fonctions contenante et réflexive, sous-dimensions de la fonction médium malléable du clinicien
- Des échecs dans les processus de symbolisation primaire chez l'adolescent
- La secondarisation des processus de transformation psychique chez l'adolescent
- L'émergence de la réflexivité chez l'adolescent
- La mise en œuvre du processus de construction identitaire caractéristique à l'adolescence.

### **Médiation par l'écriture et prototypes thérapeutiques**

Nous avons également procédé à une mise en perspective de nos facteurs avec les prototypes psychothérapeutiques formulés par Bychovka et al. [16]. Les auteurs s'appuient sur l'APQ pour mettre en relation un groupe d'items APQ qui caractérisent un courant thérapeutique particulier. L'étude a donné lieu à la formulation de 4 prototypes, décrivant la « thérapie idéale » issue de ces courants. Ainsi, sont produits les prototypes des thérapies psychodynamiques (TPD), des thérapies psychanalytiques (TP), des thérapies centrées sur la mentalisation (TCM) et enfin des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette étude s'appuie sur une version de l'APQ antérieure à sa version validée. Nous avons ôté de ces listes d'items les items qui ne correspondent plus d'une version à l'autre de l'APQ (Tableau 2).

### **Prototype de la dyade adolescent - thérapeute en médiation par l'écriture**

Nous avons enfin procédé à une mise en évidence des items redondants entre les 3 facteurs en sélectionnant les items qui occupent une place caractéristique ou non caractéristique dans au moins 2 des 3 facteurs. Ce regroupement d'items redondants entre les facteurs nous permettra de formuler ce qui semble être un regroupement d'items caractéristiques de la dyade adolescent - thérapeute, dans cette médiation spécifique par l'écriture.

## **RÉSULTATS**

### **Description des facteurs : fonction médium malléable, symbolisation et prototypes**

**Le facteur 1** (Tableau 3) décrit une relation thérapeutique caractérisée par l'engagement de l'adolescent dans le travail thérapeutique (item 73), son adhésion (item 20) et son investissement positif du cadre thérapeutique (item 1 ; item 44), qui s'exprime à travers sa capacité à aborder diverses thématiques (item 15) mais également les thématiques liées aux sentiments et expériences sexuelles (item 11) caractéristiques de l'adolescence. Par ailleurs, l'attitude de l'adolescent témoigne également d'un état d'éveil (item 13), voire d'excitation/exaltation. Ce facteur met en évidence l'absence de réflexivité chez l'adolescent (item 25 inversé), qui tend à se présenter comme supérieur (item 59 inversé) et se préoccupe peu de ses pairs ainsi que des conséquences des comportements sur l'autre (item 61 ; item 16 ; item 25 ; item 8). Enfin, l'adolescent semble extrêmement compliant, attentif aux propos, à la personne du thérapeute, et verbalise clairement des sentiments positifs (item 1 ; item 42).

L'attitude du thérapeute témoigne d'une action thérapeutique tournée vers la réflexivité, qui engage l'adolescent à faire preuve d'autonomie (item 48). Le thérapeute communique ses propres émotions et mobilise l'adolescent à propos de ses propres comportements non-verbaux (item 2), tout en communiquant dans un style clair et cohérent (item 46). Cependant, le thérapeute se positionne clairement vis à vis des pensées et comportements de l'adolescent (item 93 inversé). La relation est marquée par le recours à l'humour (item 74), et s'oriente autour des rêves et fantasmes (item 90) de l'adolescent, tout en abordant le contenu des séances précédentes (item 56). Ainsi, le **facteur 1** met en évidence que l'attitude du thérapeute est principalement liée à la fonction médium malléable et réflexive (Tableau 4). Le thérapeute encourage la fonction réflexive du psychisme de l'adolescent, exprime ses propres sentiments et émotions et s'exprime dans un langage clair, cohérent. Nous notons cependant qu'aucun item caractéristique de la fonction contenante du thérapeute n'est relevé dans ce facteur. Le facteur est composé principalement d'items descriptifs des attitudes de l'adolescent, ce qui révèle la place importante prise par l'adolescent et les interventions plus ponctuelles du thérapeute. Au niveau des attitudes de l'adolescent, celles-ci traduisent une présence, de phénomènes signifiants des limites dans la symbolisation primaire mais également d'une symbolisation secondaire opérante et d'une fonction réflexive relativement présente. Ce facteur met en évidence l'engagement de l'adolescent dans le travail de construction identitaire, marqué par son ambivalence et par le caractère fluctuant des processus psychiques qui l'animent, entre capacité d'élaboration et de mentalisation, et échec des processus de transformation psychique, évoquant la marque du clivage du moi, qui tend à se désorganiser ponctuellement puis à se restructurer [22].

**Le facteur 2** (Tableau 5) décrit un adolescent plus en retrait, comme en témoigne la faible proportion d'items le concernant spécifiquement, silencieux (item 12) voire timide (item 61). L'adolescent semble occuper une place plus passive dans la dyade (item 17 ; item 83 inversé ; item 20 ; item 42, item 87). Le monde interne et émotionnel de l'adolescent semble plus pauvre, peu investi (item 15 ; item 90 inversé, item 88). Les pensées paraissent asséchées de tout affect, pulsionnalité ou désir (item 72, item 28, item 13). L'adolescent verbalise néanmoins des sentiments positifs envers le thérapeute (item 1) et la dynamique thérapeutique (item 73). Le thérapeute occupe une place plus active et directive, structurante au cours de la séance (item 17), transmet approbation et absence de jugement sur les attitudes de l'adolescent (item 18). Son mode de communication est clair (item 46) et tend à inciter l'adolescent à la verbalisation (item 3), à la réflexion de ses états internes et affects (item 97). Le thérapeute tend à clarifier, reformuler (item 65), fait part de ses émotions (item 81) et se montre directement rassurant (item 66). Deux éléments caractéristiques concernent la survenue de silences durant la séance (item 12), le fait que les rêveries et fantasmes de l'adolescent ne sont pas discutés et que l'adolescent évoque peu de contenus thématiques (item 90). Ce facteur (Tableau 2) met en évidence une présence plus importante du thérapeute, notamment au regard de la fonction médium malléable: il émet des remarques visant à faciliter la parole de l'adolescent, structure l'entretien de manière active et occupe une posture de non-jugement et d'acceptation des attitudes de l'adolescent. La fonction réflexive est également une direction présente (le thérapeute reformule, clarifie les propos de l'adolescent, et fait part de ses propres émotions), dans une moindre mesure alors que la fonction contenante occupe une plus grande place dans la psychothérapie. Nous observons la faible proportion d'indicateurs représentatifs de l'efficacité de la symbolisation secondaire (l'adolescent est engagé dans la thérapie), et de la notion de réflexivité (l'adolescent accepte les commentaires du thérapeute). Au niveau de la symbolisation primaire, la psychothérapie est principalement caractérisée par les échecs dans les processus. L'adolescent semble peu éveillé, éteint, ne développe pas de thématique. Le discours de l'adolescent est rigide, répétitif, voire machinal, et le jeune semble peu confiant en sa capacité d'agir, de produire des effets par ses comportements. Enfin, il est à noter que le processus de construction identitaire et le déploiement du pubertaire ne semblent pas repérables à travers nos indicateurs. L'adolescent qui caractérise ce facteur paraît inscrit dans une attitude de passivité intense, et de retrait de l'expérience subjective.

Les adolescents du **facteur 3** (Tableau 6) se caractérisent par une verbalisation des sentiments liés à la perte (item 19), l'évocation et l'exploration des relations interpersonnelles (item 63) et la charge affective liée à leur discours (item 40). L'adolescent, à l'instar des deux autres facteurs, est engagé dans le travail thérapeutique (item 73), sollicite la sympathie du thérapeute (item 78) et communique l'envie de rester proche de ce dernier (item 29 ; item 58). L'adolescent communique une confiance en sa capacité à agir (item 28), évoque la qualité émotionnelle des interactions avec les autres (item 6). La réflexivité semble cependant mise en échec à travers la tendance de l'adolescent à reprocher aux autres ses propres difficultés (item 34), son impossibilité d'exprimer préoccupation, compassion ou remords (item 25 ; item 22). L'adolescent semble à l'aise dans la relation et avoir confiance en la personne du thérapeute (item 61 ; item 44). Son caractère actif, voire agité, s'éprouve à travers l'absence de silences survenant au cours de la séance (item 12), et la charge affective qui sature son discours (item 53). L'adolescent semble laisser libre cours à ses sentiments, ses impulsions (item 70). Le thérapeute encourage l'adolescent à l'élaboration, à détailler son discours et à décrire son expérience (item 31), de même qu'il encourage l'indépendance de l'adolescent (item 48). Les relations amoureuses, sentimentales sont discutées (item 64) ainsi que les rêves et fantasmes de l'adolescent (item 90). Enfin, le thérapeute propose des interventions interprétatives provisoires, interrogatives sur les états internes de l'adolescent, non figées ni définitives (item 89).

Ce facteur (Tableau 4) met en évidence un équilibre plus marqué dans les attitudes du thérapeute, qui sont plus présentes que pour le facteur 1, mais moins prépondérantes que dans le facteur 2. C'est la fonction réflexive qui est principalement représentée dans les attitudes thérapeutiques. Le thérapeute invite l'adolescent à élaborer davantage lorsqu'il s'exprime, encourage l'indépendance de l'adolescent et propose des interprétations non définitives ou figées, qu'il soumet à validation de l'adolescent. Par ailleurs, la fonction contenant et celle de médium malléable au sens large sont également présentes au cours de cette psychothérapie, dans des proportions moindres. Pour exemple, l'humour occupe une place importante dans la thérapie, et l'indépendance de l'adolescent est encouragée. Concernant les processus psychiques chez l'adolescent, nous notons que les processus de symbolisation secondaire efficiente sont très massivement représentés, ce qui laisse penser à un fonctionnement psychique fluide, cependant peu orienté autour de la réflexivité, dont peu d'indicateurs marquent la présence. Le processus de construction identitaire, quant à lui, semble engagé et s'exprime à travers la thérapie. Les indicateurs d'échec de la symbolisation primaire sont également répertoriés mais dans une proportion moindre, ce qui laisse penser à une organisation psychique qui tend à se désorganiser à des occasions plus rares que pour les adolescents décrits par les deux autres facteurs.

### **Un « prototype » de la médiation par l'écriture ?**

Concernant la question des prototypes, les processus qui caractérisent le **facteur 1** (Tableau 7) présentent de plus grandes similarités avec les TCM et TCC. La similarité avec les TCM repose sur l'utilisation de l'humour dans la thérapie (item 74), commune à la TCC également, et sur la communication claire qui émane du thérapeute (item 46). Par ailleurs, le caractère confiant de l'adolescent à l'égard de la personne du thérapeute (item 44 ; item 42) et l'investissement positif de l'adolescent en direction du thérapeute (item 1) rend également compte de cette proximité. Nous notons par ailleurs que ce facteur ne partage aucun item commun avec les prototypes qui caractérisent les TPD ou les TP. Le facteur 2 (Tableau 7) partage plusieurs items avec l'ensemble des prototypes proposés par Bychovka et al. [16]. Tout d'abord, il existe des similarités entre la thérapie décrite par ce facteur 2 et les TPD et TP : le thérapeute reformule les propos de l'adolescent, adopte une attitude de non-jugement et encourage la réflexion sur les états internes. Cependant, ce facteur 2 partage davantage de similarités avec le prototype des TCM. Le thérapeute s'exprime dans un style clair, compréhensible par l'adolescent, et l'adolescent adopte une attitude plus passive sur le déroulement de la séance, dont la direction est laissée au thérapeute. Ce facteur partage

également plusieurs indicateurs en commun avec le prototype de TCC : le thérapeute questionne le point de vue de l'adolescent, interroge son expérience, et occupe une position active et directive dans la séance. L'adolescent exprime, quant à lui, des sentiments positifs à l'égard du thérapeute et de la thérapie et accepte les commentaires du thérapeute. Le **facteur 3** (Tableau 7) rend compte d'une similarité plus importante de cette orientation thérapeutique avec les TPD et TP. Le modèle psychanalytique est le prototype le moins similaire à ce facteur, pour autant, les 3 autres prototypes sont similaires dans des proportions équivalentes. L'adolescent explore ses relations interpersonnelles au cours de cette psychothérapie et verbalise la qualité émotionnelle de ces relations. L'humour occupe une grande place dans cette thérapie, et l'adolescent se sent à l'aide dans la relation. Le thérapeute, quant à lui, invite l'adolescent à plus d'élaboration, propose des interprétations non figées ni définitives.

Par ailleurs, une comparaison de ces trois facteurs nous permet d'identifier les items caractéristiques communs à ces facteurs, mettant en évidence le « prototype » général de la thérapie à médiation par l'écriture, non pas à partir d'une évaluation opérée par des experts sur ce que serait a priori une thérapie « idéale », mais à partir des modérateurs émergents à travers nos facteurs. Nous avons donc relevé les items qui sont partagés par au moins 2 des 3 facteurs mis en évidence par l'analyse factorielle. Cette thérapie à médiation par l'écriture est donc caractérisée (Tableau 8) par une interaction patient-thérapeute au sein de laquelle rêves et fantasmes de l'adolescent sont discutés. L'humour est également un marqueur prédominant de l'atmosphère et de la dyade. Le thérapeute a tendance à encourager l'indépendance de l'adolescent, partage ses propres émotions et communique dans un style clair et cohérent. L'adolescent quant à lui est engagé dans la thérapie, communique des affects de plaisir, apparaît calme, détendu et à l'aise. De plus, il communique des sentiments positifs et sa confiance envers le thérapeute ainsi qu'en sa propre capacité d'agir. Il témoigne son accord et sa considération pour les observations du thérapeute. Bien que la relation au thérapeute soit marquée positivement, les autres relations interpersonnelles ne bénéficient pas nécessairement de la même charge affective, puisque l'adolescent n'exprime aucun sentiment de remords lorsqu'il évoque des situations au cours desquels il a blessé autrui, et ne montre aucun signe de compassion, de préoccupation lorsqu'il décrit des événements négatifs survenus chez l'autre.

## **DISCUSSION**

### **La médiation écriture : une dyade polymorphe dans un cadre unique**

Nous avons montré que plusieurs configurations spécifiques de la dyade, une multiplicité de processus, peuvent prendre naissance de manière simultanée dans un seul et même cadre thérapeutique. Chaque adolescent se présente dans la relation avec des caractéristiques spécifiques, entrant de fait dans la médiation avec sa subjectivité propre. L'étude des mécanismes thérapeutiques en médiation à travers l'APQ concourt alors à mettre en exergue le pôle d'organisation homéomorphique du groupe [23, 24], c'est à dire la constitution d'espaces différenciés au sein du cadre de l'atelier. Par ailleurs, ces éléments semblent également indiquer que dans la médiation écriture, l'attitude thérapeutique se transforme en fonction de la relation avec l'adolescent, proposant alors une attitude thérapeutique adaptable « sur-mesure » [25, 26], malléable [27] à la subjectivité de l'adolescent. Par conséquent, les 3 facteurs nous indiquent 3 formes de l'articulation de la fonction médium malléable du thérapeute aux spécificités de l'adolescent :

- Le facteur 1 renvoie à une modalité où le thérapeute laisse davantage de place à l'associativité de l'adolescent, mettant en évidence la liberté d'association [28]. L'activité thérapeutique met en lumière la fonction médium malléable du thérapeute, en appui sur une fonction réflexive [27] qui invite l'adolescent à la réflexivité. L'adolescent de cette dyade est un sujet qui présente des indicateurs de failles dans les processus primaires et réflexifs. Les processus secondaires, opérants par moment, sont ponctuellement rompus par un clivage qui cristallise

ces tendances, et transforme l'élaboration, la labilité thématique, l'humour et la discussion des fantasmes, en passages à l'acte et en états d'agitation. De la même manière, les processus pubertaires mis en mouvements chez ces adolescents se trouvent accentués et rigidifiés lors des phases de désorganisation, mobilisant les références aux thématiques sexuelles et violentes à contenus crus et agressifs. Ces éléments peuvent révéler des caractéristiques des sujets en situation de placement, marqués par des éprouvés traumatiques. En écho à ces processus, le thérapeute propose une activité davantage centrée sur l'engagement à la réflexivité, attirant l'attention de l'adolescent tant sur son propre comportement et sur la signification de ce dernier, que sur les états internes propres au thérapeute. C'est alors la fonction réflexive du thérapeute qui s'exprime sur ce plan, opérant comme un miroir de l'expérience subjective de l'adolescent projetée sur le cadre [29], en attente d'appropriation.

- Le facteur 2 est une configuration révélant une présence plus soutenue du thérapeute, qui s'exprime principalement par une fonction contenante visant la réassurance et la sécurisation d'un adolescent qui présente un niveau élevé d'indicateurs relatifs aux failles dans les processus primaires, et peu d'items correspondant aux fonctions secondaires et réflexives. De plus, aucun item ne rend compte de la dynamique pubertaire et du travail de construction identitaire opéré. Cette organisation de la subjectivité est une seconde configuration caractéristique des sujets victimes précocement d'événements de vie traumatiques : l'associativité motrice et verbale, la créativité et la vie psychique sont alors marquées par une certaine rigidité et par la passivité (voire une impuissance) de leur fonctionnement [30]. De plus, l'absence d'engagement du processus de construction de l'identité s'articule à la notion de fonctionnement limitée à l'adolescence, témoignant d'un travail pubertaire mis en échec et caractérisé par l'appauvrissement de l'espace imaginaire du sujet [31]. Ce facteur met en exergue une spécificité de l'attitude de l'adolescent orientée vers un retrait de la subjectivité et une sécheresse affectivo-thématique, perceptibles à travers l'absence d'activité représentative, verbale ou motrice manifeste, pour lesquelles le thérapeute propose une activité étayée sur la fonction contenante et l'encouragement à la verbalisation et à la communication. L'activité thérapeutique se positionne alors en articulation avec l'absence de contenus psychiques manifestes et favorise une posture de contenance, dont la fonction sécurisante peut aboutir à l'émergence des processus représentatifs [32].
- Le facteur 3 rend compte d'une attitude thérapeutique massivement investie du côté de la fonction réflexive. Les données issues de ce facteur mettent en avant le caractère organisant des processus secondaires, qui sont ici quantitativement très représentés : l'adolescent présente une labilité psychique qui lui permet d'aborder rêves et fantasmes, relations interpersonnelles et expériences de perte. Par ailleurs, l'atmosphère est également marquée par l'humour, et l'adolescent semble engagé dans le travail thérapeutique, à l'instar de l'adolescent des deux autres facteurs. Enfin, le processus pubertaire et le travail de construction identitaire semblent également engagés chez l'adolescent, qui témoigne d'une capacité de liaison représentation-affect manifeste, et aborde des contenus thématiques caractéristiques à cette période, comme les relations interpersonnelles actuelles et les expériences et sentiments sexuels. Ce facteur se réfère donc davantage à un adolescent engagé dans le travail de secondarisation et de construction identitaire, bien que des incursions de désorganisation puissent émerger à l'occasion. En écho, le thérapeute propose une attitude réflexive qui fait réponse aux limites de ces processus chez l'adolescent, et tend à favoriser les processus expressifs et d'élaboration.

### **La symbolisation et la construction identitaire des adolescents à travers l'APQ**

Ces trois profils nous indiquent que ces adolescents sont, soumis à des désorganisations importantes qui concernent les processus de symbolisation primaire, les inscrivant alors dans une dynamique psychique qui favorise l'expression comportementale, l'agitation psychomotrice ou psychique, affective, ou bien à contrario, les maintenant dans une dynamique de retrait de la subjectivité, qui inhibe et assèche les capacités de verbalisation et d'associativité. Dans ces deux

configurations, les processus de réflexivité, d'élaboration sont mis en défaut et entravés. Ces éléments corroborent les données mises en évidence dans la littérature, concernant l'organisation de la subjectivité chez les adolescents en situation de placement [33, 34, 22]. Les items qui caractérisent le rapport de l'adolescent au thérapeute mettent également en perspective deux mouvements : d'une part, une tendance à l'investissement, voire au surinvestissement, de la personne du thérapeute au sein d'une relation de dépendance [35], ou au contraire la transgression, le test des limites du cadre et le rejet de la relation évoquant les limites et le caractère éminemment ambivalent des liens d'attachement [36]. À cet égard, ces éléments s'articulent aux limites de la fonction réflexive du psychisme constatées chez les adolescents, qui présentent des difficultés dans la représentation de la subjectivité d'autrui, notamment pour les situations impliquant de la souffrance ou du déplaisir. Ces éléments mettent en évidence ce qui a pu être identifié chez ces adolescents, pour qui l'accès et la perspective de la vie psychique de l'objet - autre - sujet sont mis en défaut [37].

Concernant le processus de construction identitaire, nos facteurs mettent en avant trajectoire développementale hétéroclite, ce processus semblant poursuivre un avancement différent en fonction du profil d'adolescent :

Ainsi, les facteurs 1 et 3 indiquent que ces adolescents sont bien engagés dans le processus de construction identitaire, et si les processus de symbolisation peuvent se trouver rigidifiés par moment, le travail de construction identitaire peut malgré tout s'ouvrir pour ces adolescents.

Le profil lié au facteur 2, cependant, nous indique que l'adolescent caractérisé par ce facteur se trouve très fortement impacté dans l'expression du pubertaire. Nos données ne nous ont certes pas permis d'attester de l'expression de ce processus, mais nous notons également que ces éléments sont concomitants avec la faible opérationnalisation des processus de symbolisation primaire et de réflexivité. En effet, bien que les deux autres profils présentent des limites dans les processus de symbolisation primaire, de nombreuses capacités liées à la fonction réflexive et à la secondarisation peuvent contrebalancer les difficultés rencontrées à un moment donné, pour entamer le processus de construction identitaire. L'adolescent du facteur 2 ne semble pas bénéficier de ressources internes similaires à ses homologues.

### **Des « tendances » thérapeutiques dépendantes de la relation**

Nous avons souligné que la mise en exergue de ces trois facteurs rend compte de plusieurs types de configuration de la relation thérapeutique simultanément dans une même psychothérapie à médiation par l'écriture. Le croisement de ces données avec les items corrélés aux prototypes des courants majeurs de psychothérapies d'adolescents nous indique que chaque facteur présente une forme spécifique de similarités ou de différences avec ces prototypes. En d'autres termes, à chacune de ces configurations de la dyade correspond également une proximité particulière avec un type de psychothérapie.

Certaines des configurations de relation sont avant tout semblables au prototype de thérapie cognitive et comportementale, c'est le cas du facteur 1, mais portent également des ressemblances avec les thérapies basées sur la mentalisation : l'humour est une variable centrale du traitement, le style du thérapeute est clair, cohérent, compréhensible par l'adolescent, qui par ailleurs semble accorder sa confiance au thérapeute, verbalise des sentiments positifs à son égard. Plusieurs auteurs évoquent, dans des situations cliniques similaires, la nécessité d'accentuer dans les thérapies d'adolescents la présence de l'environnement et son caractère actif [38], vivant et animé [33].

D'autres configurations, comme celle du facteur 2, sont caractérisées par leur ressemblance majeure avec les thérapies basées sur la mentalisation, mais également par leur caractère protéiforme : en effet, elles partagent d'importantes similitudes avec les thérapies cognitives et comportementales, psychodynamiques, mais aussi psychanalytiques. En ce sens, bien que la démarche principale soit tournée vers la mentalisation, des aspects saillants d'autres

psychothérapies sont également perceptibles au sein de cette configuration dyadique. L'enjeu thérapeutique est ici de favoriser les conditions d'émergence des contenus psychiques à travers une activité contenantante [35], ce qui peut tendre à expliquer la présence d'indicateurs partagés entre les 4 approches psychothérapeutiques.

Enfin, les configurations liées au facteur 3 sont les plus proches de la dyade des thérapies psychodynamiques. Le thérapeute propose des interprétations sur le fonctionnement de l'adolescent, et ce dernier est à l'aise, aborde ses relations interpersonnelles, verbalise la qualité émotionnelle de ses relations avec les autres. L'enjeu thérapeutique est ici davantage orienté sur les contenus de la subjectivité, car l'adolescent semble disposer de ressources psychiques plus marquées et tournées vers la secondarisation, ce qui rend possible le travail d'élaboration et de production de représentations.

Les similarités et différences globales indiquent que cette médiation par l'écriture se rapproche beaucoup des 3 courants psychothérapeutiques que sont les courants TCC, TCM, et TPD. Ceci semble indiquer que le cadre de la médiation se prête à l'exercice d'une multiplicité de styles et de configurations thérapeutiques simultanément dans un atelier à médiation donné, en fonction des particularités présentées par l'adolescent. De plus, ces éléments mettent en évidence la place de la promotion de la fonction réflexive dans ce modèle, de par sa proximité avec le prototype TCM, ce qui corrobore les données issues de la littérature, qui présentent cette activité thérapeutique spécifique comme un facteur commun aux différents modèles de thérapies d'adolescents [39].

### **Spécificités de l'atelier à médiation par l'écriture**

La nature de ces résultats rend compte, avant tout, du caractère polymorphe de cette psychothérapie, qui s'adapte aux sujets qu'elle prend en charge. Ces données sont consistantes avec les recherches antérieures, qui notent dans la thérapie d'adolescents une attitude du thérapeute globalement plus tournée vers l'adaptation aux caractéristiques du patient, vers la réactivité plutôt que vers l'adhésion stricte à un modèle [12]. La thérapie à médiation porte également les spécificités des thérapies psychodynamiques, en recourant à des pratiques hétérogènes et à des stratégies variées [14, 40, 15]. À contrario, une spécificité de cette thérapie est son faible niveau d'adhérence avec les TP, là où les modèles TPD sont plus fortement comparables [41].

Rappelons également que l'analyse des items redondants de notre corpus a révélé que cette psychothérapie est caractérisée par l'engagement de l'adolescent au sein du processus thérapeutique, par son aisance et son apaisement, sa capacité à témoigner de sa confiance envers le thérapeute, dont il accepte les interventions. Cependant, l'adolescent s'avère peu conscient des états affectifs et émotionnels de l'autre. Le thérapeute, quant à lui, encourage l'indépendance, l'autonomie de l'adolescent, communique et réfléchit ses propres affects, et s'adresse à l'adolescent dans un style clair, cohérent. Enfin, les caractéristiques centrales de la relation adolescent-thérapeute concernent le recours à l'humour et le contenu thématique des séances, au cours desquelles rêveries et fantasmes de l'adolescent sont des objets de discussion importants.

### **CONCLUSION ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

Les données produites par l'outil APQ nous ont permis, pour cette médiation par l'écriture, de répondre à deux questions majeures dans le champ, d'une part des médiations thérapeutiques, et d'autre part dans le champ particulier des médiations par l'écriture. Nous avons pu mettre en lumière les grandes directions processuelles et les mécanismes généraux qui président au fonctionnement de cette médiation, en dégager des spécificités et des ressemblances avec les prototypes d'autres grands courants psychothérapeutiques. Ainsi, nous pouvons proposer que l'APQ apparaît approprié pour caractériser une thérapie à médiation et rendre observables certains des facteurs communs partagés avec ces autres courants, ainsi que des facteurs spécifiques, propres



au fonctionnement de cette modalité psychothérapeutique. Par ailleurs, nos données nous ont permis de relever des indicateurs, à travers l'APQ, liés aux processus de symbolisation et aux caractéristiques malléables du thérapeute dans cette thérapie à médiation. Cette modélisation nous a permis, dans le contexte de la dyade, d'observer l'interaction qui existe entre processus de symbolisation et caractéristique médium-malléable du thérapeute. La méthode du Q-Sort peut ainsi participer à rendre observables et opérationnels les phénomènes de transformations et les aménagements dyadiques correspondants à une partie du champ constituant la médiation thérapeutique par l'écriture.

Notre étude comporte certes plusieurs limites :

Nous nous sommes appuyés sur des données quantitatives recueillies auprès d'un nombre réduit de sujets. Si le nombre de mesures et la méthodologie Q nous permettent de produire des données statistiques intéressantes, elles n'en restent pas moins représentatives du cadre spécifique de la médiation que nous décrivons, et ne s'exportent pas au cadre plus général *des* médiations thérapeutiques par l'écriture, ne nous permettant pas de généraliser les résultats présentés.

D'autre part, ces données relatent de manière générale, au regard d'une procédure de recueil de données standardisées, quantifiables et objectivantes, des résultats qui présentent les grandes tendances de notre approche thérapeutique. Cependant, la notion de facteur ne peut représenter que des tendances qui, comparées aux tris spécifiques qui peuvent être appliqués à différents temps d'évaluation chez chaque adolescent, rendent peu compte de la psychothérapie spécifique telle qu'elle a concerné l'adolescent à un niveau individuel. Les facteurs mettent en évidence de grandes tendances mais réduisent les particularités et processus de chaque tri pris de manière individuelle.

Par ailleurs, le contexte d'utilisation de l'APQ qui dirige notre étude suit une trajectoire novatrice, au regard de deux éléments :

- Premièrement l'APQ n'a jamais été utilisé auprès d'une population francophone, car il n'existe actuellement aucune traduction validée
- Deuxièmement, l'APQ n'a, à notre connaissance, pas été utilisé pour caractériser une médiation, ni pour caractériser la médiation par l'écriture.

Bien que ces deux éléments marquent le caractère inédit de notre recherche, ils en soulignent également deux limites fondamentales. Tout d'abord, notre traduction française de l'APQ, si elle s'appuie sur l'expertise de plusieurs chercheurs et sur les réflexions proposées par les auteurs-mêmes de la validation de l'outil [11], n'a cependant pas été validée en langue française. Nous nous appuyons donc sur une version traduite de l'APQ et de son manuel qui n'a à ce jour pas fait l'objet de publication en langue française. De plus, aucune validation de cet outil n'a, de fait, concerné une population d'adolescents français, et son utilisation en contexte groupal n'a encore jamais permis d'en démontrer la pertinence au niveau scientifique. Ainsi seule la version de Q-Sort pour patients adultes (PQS) a, à notre connaissance, fait l'objet d'une étude en contexte de thérapie groupale [42]. Ces résultats sont donc à concevoir dans ce qu'ils offrent d'une perspective exploratoire tant en termes de méthodologie qu'au niveau d'une tentative de compréhension des processus thérapeutiques de la médiation écrite.

De plus, nous avons concentré notre analyse sur la seule dynamique relationnelle entre adolescents et thérapeutes. Or, le cadre de la médiation thérapeutique par l'écriture implique également au moins deux autres opérateurs du travail thérapeutique : le groupe et le médium malléable. Rappelons ici que notre étude ne prend en compte aucune de ces deux dimensions qui ne peuvent être approchées par l'APQ. Ainsi, notre recherche n'est en aucun cas exhaustive de l'ensemble des processus qui ocurrent en médiation, et l'utilisation de l'APQ appelle à être complétée par d'autres outils qui pourraient prendre en considération la dimension groupale mais également le rapport du sujet au médium malléable au cours de la thérapie. Nous travaillons actuellement à explorer ces dimensions dans d'autres travaux.

Nous avons exploré ici de nouvelles perspectives méthodologiques jusqu'à présent absentes du champ des thérapies à médiation, ce qui, en ce sens, nous permet d'apporter un éclairage nouveau sur ce paradigme psychothérapeutique. Cependant, une démarche exploratoire exhaustive de ces thérapies à médiation devrait également, dans des recherches futures, prendre en compte un

champ plus large, notamment à travers l'étude des processus de symbolisation dans le contexte du groupe, mais également à travers l'usage particulier du médium écriture. Nous avons ainsi présenté dans d'autres travaux l'intérêt que pouvait représenter l'étude de la narration des adolescents dans le processus de thérapie à médiation par l'écriture [43]. Notre méthodologie rejoint alors les préconisations proposées par Brun et al. [44], proposant de s'appuyer sur des outils pensés spécifiquement pour rendre compte des processus de transformation en psychothérapie, qui puissent intégrer une analyse de l'ensemble des constituants et opérateurs du cadre thérapeutique.

## Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Ana Calderon, pour sa disponibilité, pour ses réflexions et ses précieux conseils, qui nous ont permis notamment de procéder à une traduction qui puisse rendre compte au mieux de la richesse et des subtilités contenues dans les items de l'Adolescent Psychotherapy Q-Set.

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## RÉFÉRENCES

- [1] Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol.* 1986;95 :274-281.
- [2] Viardot C, Rizzi AT, Moro MR. Incarner l'écriture narrative, anorexie et adolescence. *Psychiatr Enf.* 2020;63 :73-92.
- [3] Bourlot G. Fonctions psychiques et potentiels thérapeutiques de la narration chez l'enfant et l'adolescent. *Journal de la psychanalyse de l'enfant.* 2020;10 :141-176.
- [4] Chidiac N. Ateliers d'écriture thérapeutique. Elsevier Masson; 2013.
- [5] Chidiac N. Écrire, rêver, penser... l'écriture comme médiation thérapeutique. *Cliniques.* 2016;11 :180-201.
- [6] Brun A, Brun A, Roussillon R, Attigui P, editors *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels.* Paris: Dunod. 2016, p.9-36.
- [7] Boulay C, Demogeot N, Lighezzolo-Alnot J. Dispositifs thérapeutiques par l'écriture à l'adolescence: une revue systématique de la littérature. *Evol Psychiatr.* 2020a;85 :281-297.
- [8] Boulay C, Demogeot N, Lighezzolo-Alnot J. Atelier d'écriture et troubles du comportement à l'adolescence: fonction contenante des cadres en thérapie à médiation avec un adolescent placé. *Psychiatr Enf.* 2020b;63 :197-217.
- [9] Doucet M-H, Guzzo MF, Groleau D. Brief report: A qualitative evidence synthesis of the psychological processes of school-based expressive writing interventions with adolescents. *J Adolescence.* 2018;69 :113-117.
- [10] Brun A, Brunet L, Cerclet D, Masson A, Ravit M, Tassin J-P, et al. International health practices: a multidisciplinary approach to therapeutic mediations with an artistic medium based on the model of play. *Front Psychol.* 2020;11 :1-17.
- [11] Calderon A, Schneider C, Target M, Midgley N. The adolescent psychotherapy Q-Set (APQ): A validation study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy.* 2017;16 :106-120.
- [12] Midgley N, Reynolds S, Kelvin R, Loades M, Calderon A, Martin P, et al. Therapists' techniques in the treatment of adolescent depression. *J Psychother Integr.* 2018;28 :413-428.
- [13] Calderon A, Schneider C, Target M, Midgley N. 'Interaction structures' between depressed adolescents and their therapists in short-term psychoanalytic psychotherapy and cognitive behavioural therapy. *Clin Child Psychol P.* 2019;24 :446-461.
- [14] Ablon J, Jones E. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res.* 1998;8 :71-83.

- [15] Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. 2011; 14 :14–48.
- [16] Bychkova T, Hillman S, Midgley N, Schneider C. The psychotherapy process with adolescents: A first pilot study and preliminary comparisons between different therapeutic modalities using the Adolescent Psychotherapy Q-Set. *Journal of Child Psychotherapy*. 2011;37 :327–348.
- [17] Viardot C, Rizzi AT, Lachal J, Moro MR. Groupe d'écriture thérapeutique pour patients hospitalisés dans une maison des adolescents. *Psychiatr Enf*. 2016;59 :173–208.
- [18] Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010;65 :98-109.
- [19] Gauzente C. La méthodologie Q et l'étude de la subjectivité. *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. 2005;178–207.
- [20] Thurin J-M, Thurin M. *Évaluer les psychothérapies: méthodes et pratiques*. Dunod; 2007.
- [21] Thurin J-M. *Caractériser et comprendre le processus de changement des psychothérapies complexes: modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique [PhD Thesis]*. 2017.
- [22] Bonneville E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010;53 :31–70.
- [23] Kaës R. *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris : PUF; 1999.
- [24] Kaës R. *Un singulier pluriel*. Paris: Dunod; 2007.
- [25] Roussillon R. *Clivage, agonie et symbolisation*. Paris: Puf; 1999.
- [26] Roussillon R, Brun A, Roussillon R, Attigui P, editors *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*. Paris: Dunod. 2016, p. 61-76.
- [27] Roussillon R, Chouvier B, editors *Les processus psychique de la médiation*. Paris: Dunod; 2002, p. 61-80.
- [28] Brun A. La rencontre analytique dans les dispositifs à médiations thérapeutiques, aux limites de l'analyse. *Rev Latinoam Psicopa*. 2015;18 :234–252.
- [29] Rabeyron T. Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation: de l'expérience sensible à la modélisation. *Evol Psychiatr*. 2017;82 :351–364.
- [30] Paquette M, Terradas MM. Les relations d'objet et le jeu libre chez les enfants en situation de placement ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. *Devenir*. 2018;30 :125–146.
- [31] Corcos M, Lamas C. Fonctionnements limites à l'adolescence: psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*. 2016;92 :15–22.
- [32] Jeammet P, Chouvier B, editors *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod; 2002, p.105–128.
- [33] Berger M. La spécificité du travail clinique en protection de l'enfance. *Neuropsychiatr Enf*. 2006;54 :137–141.
- [34] Berger M. Les adolescents violents. *Réflexions cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques*. *Neuropsychiatr Enf*. 2018;66 :145–153.
- [35] Jeammet P. Le moi à l'épreuve de la liberté. *Neuropsychiatr Enf*. 2007;55 :321–328.
- [36] Lemoust de Lafosse HL, Blanc R. Étude sur l'attachement et les troubles du comportement à l'adolescence chez des jeunes placés en institution. *Neuropsychiatr Enf*. 2016;64 :93–101.
- [37] Baez S, Herrera E, García AM, Huepe D, Santamaría-García H, Ibáñez A. Increased moral condemnation of accidental harm in institutionalized adolescents. *Sci rep-UK*. 2018;8 :1–8.
- [38] Botbol M, Choquet L-H, Grousset J. Éduquer et soigner les adolescents difficiles: la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010;58 :224–233.
- [39] Goodman G, Midgley N, Schneider C. Expert clinicians' prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychother Res*. 2016;26 :590–601.

- [40] Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psych.* 1999;67 :64-75.
- [41] Grossfeld M, Calderón A, O’Keeffe S, Green V, Midgley N. Short-term psychoanalytic psychotherapy with a depressed adolescent with borderline personality disorder: an empirical, single case study. *Journal of Child Psychotherapy.* 2019;45 :209–228.
- [42] Valter MW. Identification of selfobject functions in group process: A Q-sort method. 1997; 4730.
- [43] Boulay C, Demogeot N, Frigaux A, Lighezzolo-Alnot J. Ruptures et placement à l’adolescence: enjeux d’une narration de soi. *B Psychol.* 2020c;566 :99–113.
- [44] Brun A, Roussillon R, Attigui P. Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques: dispositifs institutionnels et groupaux de médiations. Dunod; 2016.

## Tableaux

Tableau 1. Liste des items APQ représentatifs des processus thérapeutiques et psychiques

Processus	Items
<b>Fonction médium malléable du thérapeute</b>	3, <b>5, 14</b> , 17, 18, 21, 46, 47, 50, 66, 74, 77, 79, 81, <b>89</b> , 93, 96
<b>Fonction contenante du thérapeute</b>	3, 12, 17, 27, 37, 43, 47, 48, 50, 66, 76, 93, 95, 96
<b>Fonction réflexive du thérapeute</b>	2, 31, 39, 48, 60, 62, 65, 68, 71, 75, 76, 77, 80, 81, 86, <b>89</b> , 98, 100
<b>Échec de symbolisation primaire</b>	1, 5, 7, 8, 10, <b>13</b> , 15, <b>19</b> , 20, <b>22, 25, 28</b> , 30, 34, 41, 42, 44, <b>45</b> , 51, 52, 53, <b>54</b> , 55, 58, 59, 67, 70, <b>72, 79, 78, 83</b> , 84, 87, 88
<b>Processus secondaires</b>	9, <b>15</b> , 19, 23, 24, 25, 28, 32, <b>53</b> , 54, 63, 64, 73, 74, 90, 91, 92
<b>Réflexivité psychique</b>	9, <b>15</b> , 24, 28, 32, <b>34</b> , 38, <b>42, 51, 53</b> , 91, 92
<b>Construction identitaire</b>	11, 28, 29, 40, 41, 45, 54, 56, 63, 64, 91

Les items en « gras » sont considérés représentatifs s'ils sont cotés « non-caractéristique ».

Tableau 2. Prototypes thérapeutiques et composition des items APQ (Bychovka et al., 2011)

<b>Prototypes</b>	<b>Items caractéristiques</b>	<b>Items non-caractéristiques</b>
<b>TPD</b>	96, 65, 63, 31, 18, 97, 62, 9, 6, 3	57, (36), (30), 21, 41, (53), 89, 5, 27, 17
<b>TP</b>	9, 98, 97, 50, 100, 96, 93, 60, (58), 18	52, 41, 27, 67, 85, (49), 5, 89, 21, 17
<b>TCM</b>	86, 97, 96, 74, 69, 65, 60, 46, 31, 18	17, 56, 11, 87, 83, 52, (49), 27, 89, 82
<b>TCC</b>	99, 96, 95, 85, 82, 77, 74, 71, 65, 62	44, 29, 11, 5, 92, (88), 87, 42, (41), 1

Les items entre parenthèses sont les propositions qui diffèrent entre la version de l'APQ utilisée par Bychovka et al., et la dernière version validée par Calderon et al., (2017). Ces items ne sont donc pas pris en considération dans notre étude.

Tableau 3 Descriptif des items APQ composant le Facteur 1

Items	Description
	Items caractéristiques
11	A aborde ses sentiments et expériences sexuels
73	A est engagé dans le travail T
74	L'humour est utilisé
20	A est provocateur, teste les limites de la relation T
28	A communique une capacité d'agir
56	Le matériel d'une séance précédente est abordé
72	A fait preuve d'un vif engagement dans ses pensées et ses idées
90	Les rêves ou les fantasmes de A sont discutés
48	T encourage l'indépendance de A
81	T fait part de ses propres émotions
46	T communique avec A dans un style clair et cohérent.
13	A est animé ou en éveil
2	T attire l'attention sur le comportement non verbal de A
	Items non – caractéristiques
94	A se sent triste ou déprimé
8	A exprime des sentiments de vulnérabilité
22	A exprime des sentiments de remord
25	A exprime compassion et préoccupation
42	A rejette les commentaires et les observations de T
15	A n amorce pas ou ne développe pas de thèmes durant la séance
1	A exprime, verbalement ou non, des sentiments négatifs envers
93	T s abstient de se positionner vis à vis des pensées ou comportement
7	A est anxieux ou tendu
59	A se sent insuffisant et inférieur
16	A a peur d'être puni ou menacé
44	A se sent sur ses gardes ou soupçonneux vis à vis de T
61	A se sent timide ou embarrassé

T : Thérapeute ; A : Adolescent

Tableau 4. Items APQ des facteurs descriptifs des processus thérapeutiques

	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>	<b>Facteur 3</b>
<b>Fonction médium malléable</b>	Item 81 Item 46 Item 74	Item 3 Item 17 Item 18 Item 66 Item 81 Item 46	Item 74 <b>Item 89</b>
<b>Fonction réflexive</b>	Item 2 Item 81 Item 48	Item 65 Item 81	Item 31 Item 48 <b>Item 89</b>
<b>Fonction contenante</b>	Aucun Item	Item 3 Item 12 Item 17 Item 66	Aucun Item
<b>Échec des processus primaires</b>	Item 20 <b>Item 25</b> <b>Item 22</b>	<b>Item 13</b> Item 15 <b>Item 28</b> <b>Item 72</b> <b>Item 83</b>	<b>Item 25</b> <b>Item 22</b> Item 34
<b>Secondarisation</b>	Item 28 Item 74 Item 90 Item 73 <b>Item 15</b>	Item 73	Item 19 <b>Item 53</b> Item 63 Item 64 Item 73 Item 74 Item 90 Item 28
<b>Réflexivité</b>	<b>Item 15</b> Item 28 <b>Item 42</b>	Item 42	<b>Item 53</b> Item 28
<b>Construction identitaire</b>	Item 11 Item 28 Item 56	Aucun Item	Item 40 Item 63 Item 64 Item 28

Les items en gras sont côtés « non – caractéristiques »



Tableau 5 Descriptif des items APQ composants le Facteur 2

Items	Description
	Items caractéristiques
12	Des silences surviennent durant la séance
17	T structure activement l'entretien
46	T communique avec A dans un style clair et cohérent.
73	A est engagé dans le travail T
15	A n amorce pas ou ne développe pas de thèmes durant la séance
97	T encourage une réflexion sur les états internes et les affects de A
66	T est directement rassurant
3	Les remarques de T ont pour objectif de faciliter la parole
65	T reformule, redit ou clarifie ce que dit A
18	T transmet une approbation sans jugement
61	A se sent timide ou embarrassé
99	T questionne le point de vue de A
81	T fait part de ses propres émotions
	Items non – caractéristiques
84	A exprime de la colère ou des sentiments agressifs
1	A exprime, verbalement ou non, des sentiments négatifs envers
90	Les rêves ou les fantasmes de A sont discutés
67	A a des difficultés à rester concentré, à maintenir son attention
88	A fluctue entre des états émotionnels forts pendant la séance
42	A rejette les commentaires et les observations de T
20	A est provocateur, teste les limites de la relation T
28	A communique une capacité d'agir
72	A fait preuve d'un vif engagement dans ses pensées et ses idées
87	A cherche à exercer un contrôle sur l'interaction avec T
83	A est exigeant
40	Le discours de A est chargé d'affects
13	A est animé ou en éveil

T : Thérapeute ; A : Adolescent

Tableau 6 Descriptif des items APQ composant le Facteur 3

Items	Description
	Items caractéristiques
19	A évoque des sentiments de perte
40	Le discours de A est chargé d'affects
64	L'amour et les relations sentimentales sont un sujet de discussion
73	A est engagé dans le travail T
74	L'humour est utilisé
90	Les rêves ou les fantasmes de A sont discutés
63	A aborde et explore ses relations interpersonnelles actuelles
28	A communique une capacité d'agir
6	A verbalise la qualité émotionnelle des interactions avec de
34	A reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés
31	T demande plus d'information ou d'élaboration.
48	T encourage l'indépendance de A
78	A recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie de T
	Items non caractéristiques
58	A résiste à l'examen des pensées, réactions ou motivations a
29	A communique son souhait d'être indépendant ou autonome
94	A se sent triste ou déprimé
7	A est anxieux ou tendu
22	A exprime des sentiments de remord
1	A exprime, verbalement ou non, des sentiments négatifs envers
89	T affirme des certitudes quant aux états mentaux de A
25	A exprime compassion et préoccupation
12	Des silences surviennent durant la séance
70	A lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions
44	A se sent sur ses gardes ou soupçonneux vis à vis de T
53	A parle de ses expériences comme si elles étaient distantes
61	A se sent timide ou embarrassé

T: Thérapeute ; A : Adolescent

Tableau 7. Concordance des Items des facteurs avec les prototypes de Bychovka et al., (2011)

	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>	<b>Facteur 3</b>
<b>Thérapie psychodynamique</b>	Aucun Item	Item 65 Item 18 Item 97 Item 3	Item 63 Item 31 Item 6 Item 89
<b>Thérapie psychanalytique</b>	Aucun Item	Item 97 Item 18	Item 89
<b>Thérapie centrée sur la mentalisation</b>	Item 74 Item 46	Item 97 Item 65 Item 46 Item 18 Item 87 Item 83	Item 74 Item 31 Item 89
<b>Thérapie cognitive et comportementale</b>	Item 74 Item 44 Item 42 Item 1	Item 99 Item 65 Item 87 Item 42 Item 1	Item 74 Item 44 Item 29 Item 1

Tableau 8. Items communs à au moins 2 des 3 facteurs

Item	Description
<i>Items caractéristiques</i>	
Item 73	A est engagé dans le travail T
Item 74	L'humour est utilisé
Item 48	T encourage l'indépendance de A
Item 81	T fait part de ses propres émotions
Item 28	A communique une capacité d'agir
Item 90	Les rêves et fantasmes de A sont discutés
Item 46	T communique avec A dans un style clair et cohérent
<i>Items non – caractéristiques</i>	
Item 94	A se sent triste ou déprimé
Item 7	A est anxieux ou tendu
Item 22	A exprimé des sentiments de remord
Item 1	A exprime, verbalement ou non, des sentiments négatifs envers T
Item 25	A exprime compassion et préoccupation
Item 44	A se sent sur ses gardes ou soupçonneux vis à vis de T
Item 42	A rejette les commentaires et observations de T
Item 61	A se sent timide ou embarrassé

A : Adolescent ; T : Thérapeute