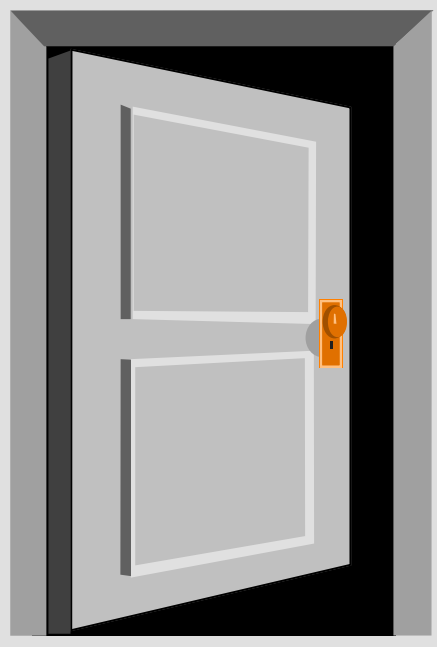


# LE PREMIER ENTRETIEN



Pr J-M TRIFFAUX

Hôpital de Jour Universitaire

La Clé

*D.E.S. 31/05/12*

# LES TROIS NIVEAUX DE RÉALITÉ

**1. Réalité matérielle:** concerne tous les corps vivants ou inanimés en tant qu'ils sont matières et soumis aux lois de la matière.

**Ex:** loi de l'attraction universelle de Newton :

*une pierre lâchée dans le vide tombe...*

**2. Réalité biologique:** lois de fonctionnement spécifiques aux organismes vivants : *un oiseau qui vole en l'air...*

**3. Réalité psychique:** cas particulier de la réalité biologique, développement d'une conscience, d'une pensée réflexive avec une partie consciente et une large partie inconsciente : *je suis dans un avion qui vole...*

# LA PREMIERE CONSULTATION



## Avant la rencontre ?

- ✓ qui prend rendez-vous?
- ✓ comment ?
- ✓ démarche spontanée / demandée par un tiers?

## Au moment de la rencontre ?

- ✓ seul(e) / accompagné(e) ?
- ✓ le non-verbal ? habillement, attitude (posture, mouvements, démarche...), regard, odeur, chaleur
- ✓ le verbal ? DDE, TLR, % d'interruptions...



## Pendant l'entretien? :

- ✓ le verbal ?
- ✓ Le positionnement patient-thérapeute dans l'espace ?
- ✓ prise de notes ?
- ✓ temporalité?
- ✓ 5 premières et 5 dernières minutes ?

# OBJECTIFS DU PREMIER ENTRETIEN

- Etablir une alliance thérapeutique
- Réunir une base de données valides
- Développer une compréhension évolutive du patient fondée sur l'empathie
- Formuler une hypothèse diagnostique
- Développer un plan de traitement approprié



C'est la situation clinique qui détermine  
le style d'entretien

# DEROULEMENT DU 1<sup>er</sup> ENTRETIEN

- **avant** la rencontre ...
- **1<sup>ère</sup> phase** : motifs CS et ICS de la demande
- **2<sup>ème</sup> phase** : contexte relationnel précédant la rencontre
- **3<sup>ème</sup> phase** : exploration du passé
- **fin** : 1<sup>ers</sup> commentaires, prochains R-V ?

# 1<sup>ère</sup> ANAMNESE : « Gros Titres »

- affection actuelle
- antécédents personnels
- antécédents familiaux
- histoire du patient, roman familial
- évaluation de l'état psychique
- médication ?

# DEMANDE EXPLICITE/IMPLICITE ?

- volonté de guérir / désir de ne pas guérir ?
- libération / jouissance du symptôme ?



*«ne me guérissez pas d'un désir de ne pas guérir ... » ?*

- guérir : être révélé à soi-même
- contrat thérapeutique : engagement/convention
- apprivoiser le principe d'incertitude
- pacte thérapeutique : « l'âme » du contrat

Obligation de moyens  $\neq$  obligation de résultats



# PSYCHOTHERAPIE ?

- un patient porteur de symptômes
- un thérapeute dépositaire de connaissances et d' un savoir-faire spécialisé
- un moyen privilégié de communication
- un cadre, un contrat, des honoraires ...
- « ensemble des moyens psychologiques mis en œuvre dans un but thérapeutique » (Guyotat 1978)

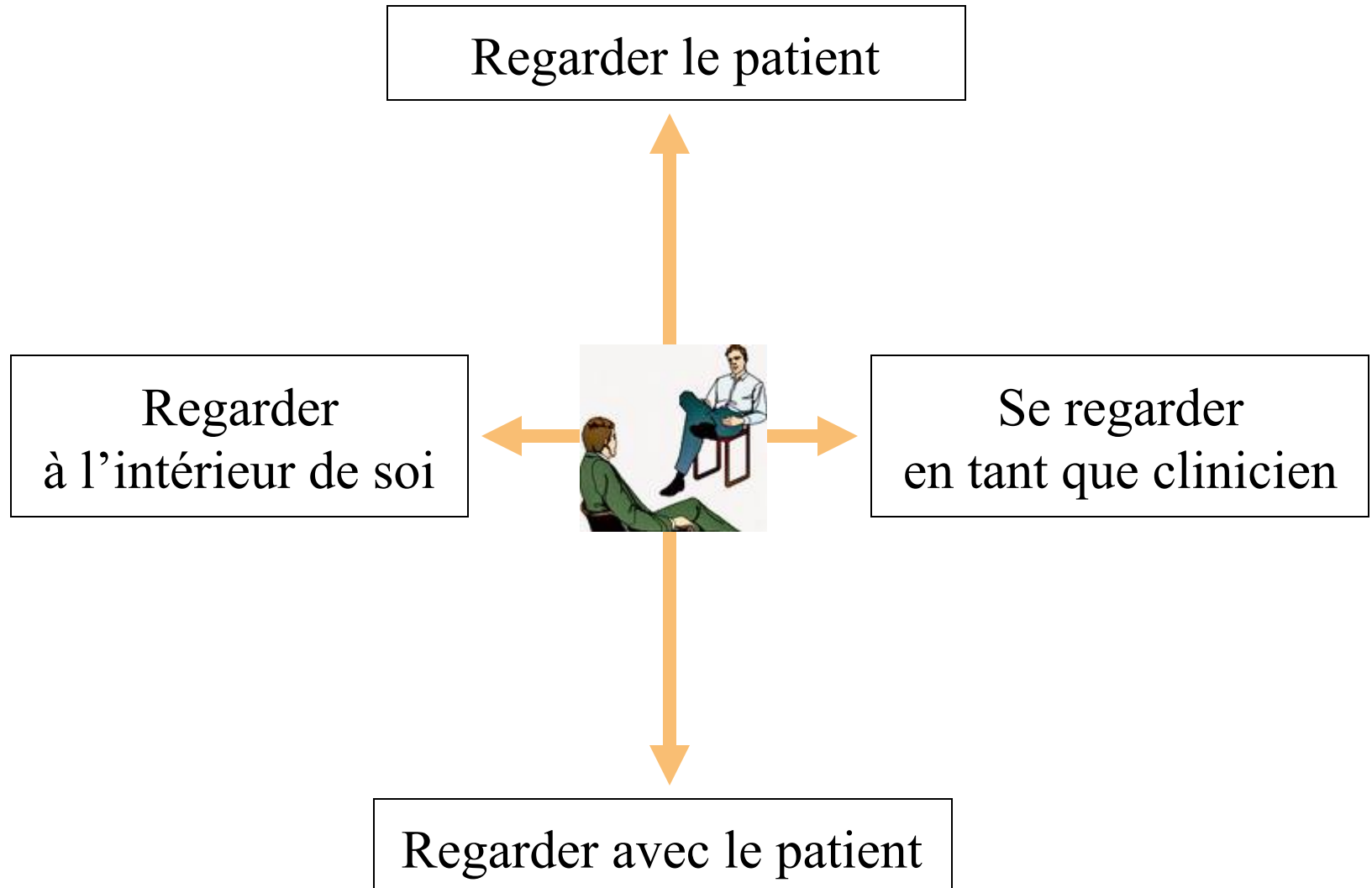
*« Toute psychothérapie repose sur  
l'établissement d'une relation  
thérapeutique positive.*

*C'est la base d'une sécurité nécessaire  
au changement ».*

*(Bowlby 1988, Young et coll. 2005)*

# Les quatre axes de l'attention

*(S.C.Shea, 1988)*



# LES COMPOSANTES NON VERBALES DE LA COMMUNICATION

- La poignée de main
- Le contact oculaire
- Le volume sonore
- Le ton (grave, aigu)
- Le débit (lent, rapide, fluide, hésitant)
- Les stéréotypies verbales
- DDE : durée de l'énoncé (durée de réponse du patient à une question)
- TLR : Temps de latence de réponse
- Les mimiques faciales (visage souriant, triste, figé, fatigué... )
- La posture générale, les gestes
- Les stéréotypies comportementales
- L'habillement
- La distance interpersonnelle
- L'odeur,
- La chaleur



# REGARDER EN SOI ?

## INTERET DE L'AUTO OBSERVATION

- Examiner régulièrement son fonctionnement dans la vie quotidienne
- Faire le tri entre ce qui provient de soi / du patient
- Observer ce que l'on ressent au niveau physique, émotionnel et des sentiments
- Se servir de ses émotions et sentiments : avantages / risques

# Exercice d'auto-observation

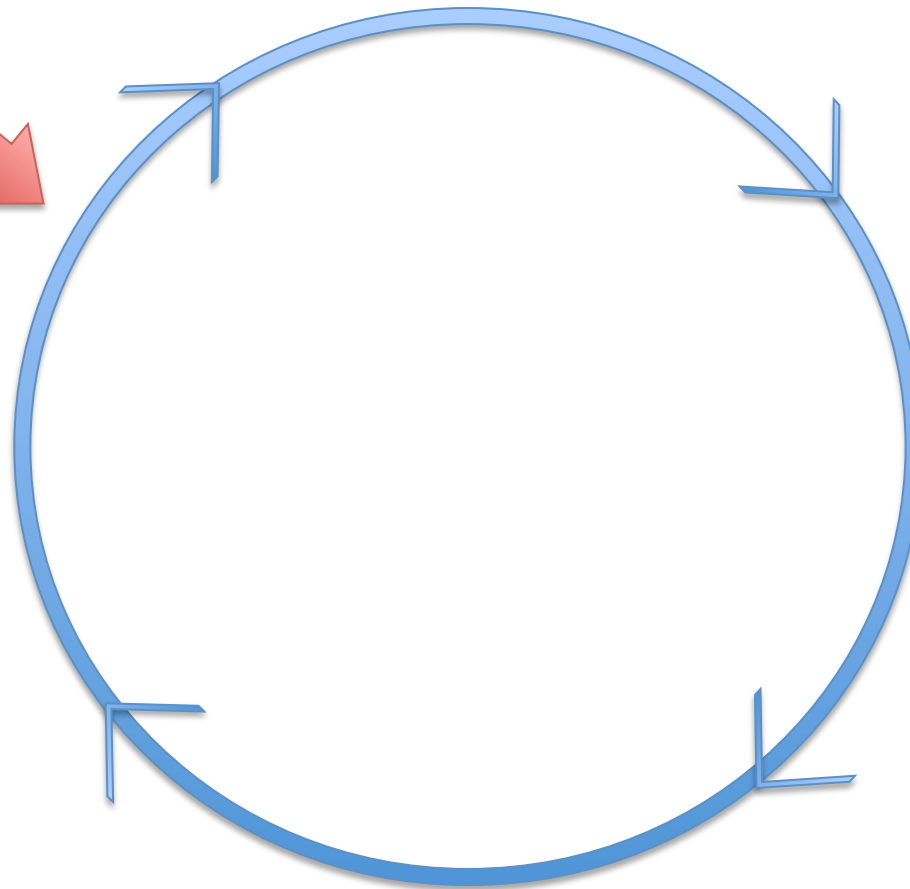
**événements**

**cognitions**

**émotions**

**comportements**


**conséquences**



## Fiche d'auto-observation

### Calendrier des événements agréables

**Soyez conscient de l'évènement agréable au moment où il arrive. Utilisez les questions suivantes pour centrer votre attention sur les détails de votre expérience au moment où elle se passe. Rapportez vos observations sur cette fiche.**

<b>Quelle a été votre expérience?</b>	Exemple: en partant ce matin au S-T, j'ai écouté la radio.	Jour 	Jour	Jour
<b>Avez-vous pris conscience des sentiments agréables pendant l'expérience?</b>	Oui.			
<b>Qu'avez-vous ressenti dans votre corps en détail pendant l'expérience?</b>	Légèreté, gaîté sur le visage, sourire aux lèvres, mes épaules se relaxent.			
<b>Quels sentiments, pensées ont accompagné cet évènement?</b>	Pas la peine de se prendre la tête, plaisir, «qu'est-ce que j'aime ça »...			
<b>Quelles sont les pensées qui vous viennent en ce moment où vous écrivez?</b>	C'était une petite chose mais cela m'a mis de bonne humeur.			

# SE REGARDER EN TANT QUE CLINICIEN

- **Réactivité** : tendance à réagir aux comportements et propos du patient
- **Spontanéité** : capacité de manifester des opinions et des affects spontanés en séance
- **Animation** : niveau élémentaire et spontané de son affectivité et de sa gestuelle
- **Transparence** : propension à révéler consciemment ses émotions ou ses réflexions personnelles au patient



# OBSERVATION RELATION PATIENT/ THERAPEUTE

Réactivité	Pas de réactivité
Spontanéité	Pas de spontanéité
Animation	Pas d'animation
Transparence	Pas de transparence

- **Relation symétrique** : comportement « en miroir », « en cascade »
- **Relation complémentaire** : comportement qui complète celui de l'autre

# Entretien vidéo : fiches d'observation

**PATIENT**

VERBAL

NON VERBAL

**THERAPEUTE**

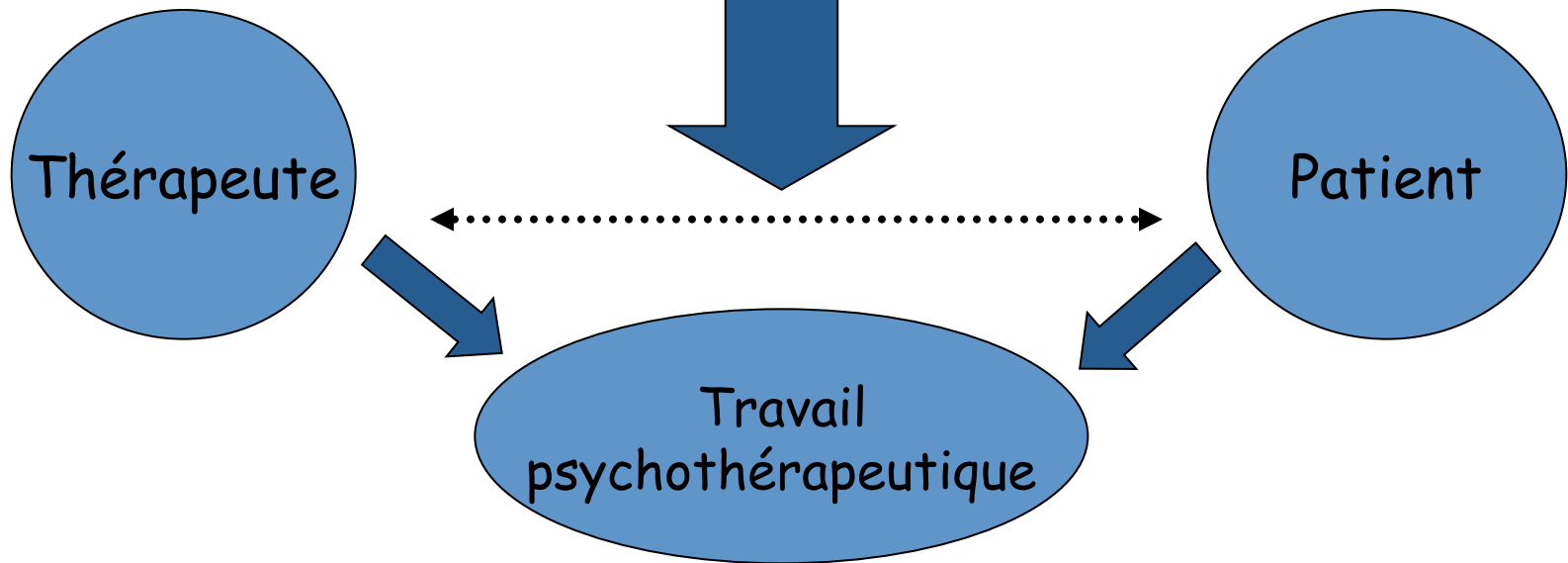
VERBAL

NON VERBAL





Le relationnel est au premier plan



Thérapeute et patient travaillent ensemble pour résoudre les problèmes

# L' alliance thérapeutique

- *condition nécessaire pour que le patient puisse modifier aussi bien ses émotions et ses croyances que les comportements qui lui posent problème.*

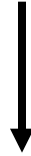
# Le rapport collaboratif

- L' alliance thérapeutique qui se noue en thérapie brève
- Méfiance / confiance; hostilité / séduction au premier plan
- La relation est mise au service du travail psychothérapeutique commun (deuxième plan)
- Première étape du processus psychothérapeutique

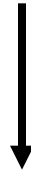
# Définition du rapport collaboratif

Un rapport collaboratif est une relation entre un/des psychothérapeutes et un/des patients tel que patient(s) et thérapeute(s) travaillent ensemble de manière active pour résoudre les problèmes posés dans la psychothérapie.

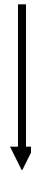
Rapport collaboratif



Conceptualisation des  
problèmes



Méthodes thérapeutiques



Évaluation

# Les deux facettes du rapport collaboratif

1. Dimension affective
2. Dimension professionnelle



# 1- Dimension affective

(Carl Rogers : Client Centred Therapy, nouv. Éd. 2003)

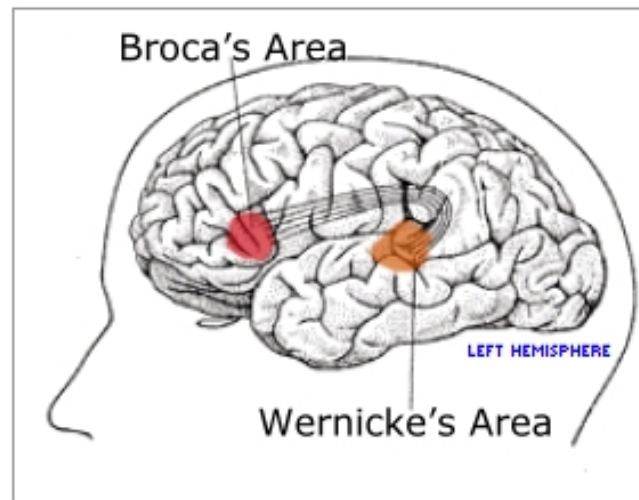
- **Empathique** : percevoir puis restituer au patient ce qu' il comprend de son problème
- **Authentique** : capacité à se sentir à l' aise avec le patient et son vécu
- **Chaleureuse** : développer sa capacité à trouver le patient sympathique

# Empathie

- *« percevoir avec précision le système interne d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'il était cette autre personne, sans jamais perdre de vue ce **comme si** ... » (Carl Rogers)*
- Capacité à reconnaître clairement la perspective émotionnelle immédiate d'autrui sans, dans le même temps, abandonner la sienne.
- Empathie et identification se chevauche...

# Neurones miroirs

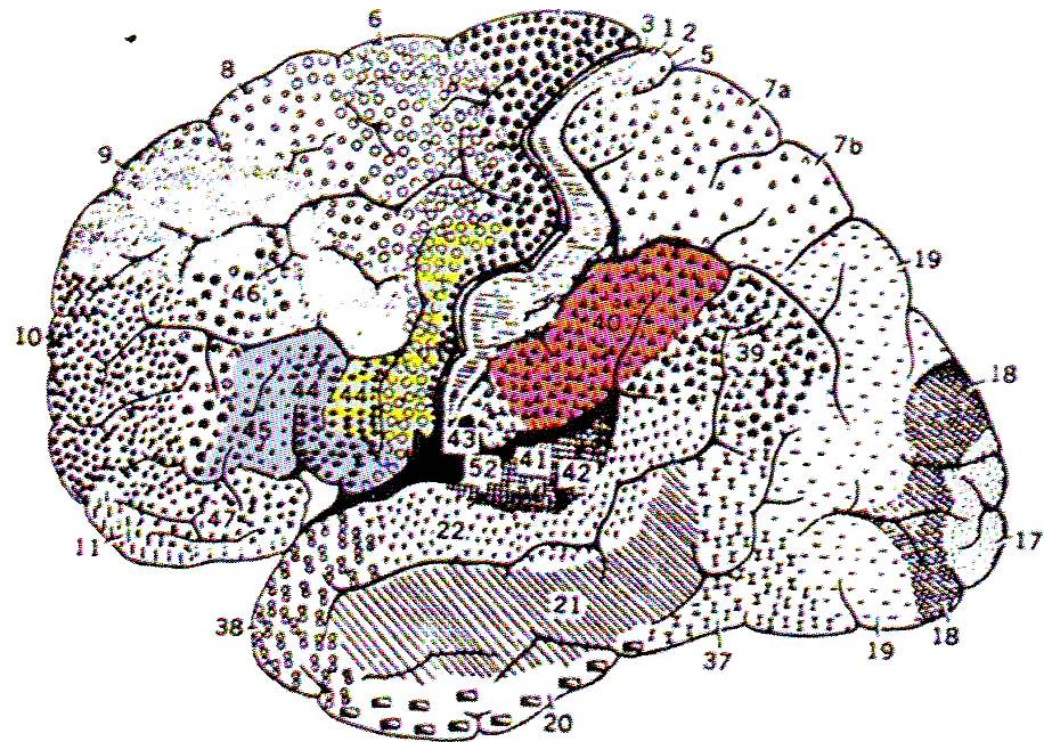
- *G. RIZZOLATTI et al. (Exp. Brain Res., 82, 337-350; 1990)* : « intention réciproque de communiquer ».
- Neurones du cortex prémoteur ventral (préfrontal) chez le singe déchargent tant lors de la manipulation des objets que lorsque qu'il REGARDE l'action...
- Aire de Broca du langage chez l'homme sert au langage, à la reconnaissance des actions et de la parole.



# Les neurones miroirs

*(G. Rizzolatti, 1990)*

- **cortex pariétal inférieur**
- **gyrus frontal inférieur, dans l'aire de BROCA**
- **Lobe de l'insula, au fond de la scissure latérale (Sylvius)**



# Empathie

- Nos patients attendent que l'on comprenne ce qu'ils ressentent
- L'empathie n'a d'effets que si le patient et le clinicien sont l'un et l'autre impliqués.

**Le cycle de l'empathie** (*G.T Barrett-Lennard, 1981*):

- ① expression d'un sentiment par le patient
- ② reconnaissance de ce sentiment par le clinicien
- ③ transmission de cette reconnaissance au patient
- ④ réception par le patient de cette reconnaissance
- ⑤ réaction du patient en retour signifiant au clinicien que cette reconnaissance a été reçue

## 2- Dimension professionnelle

- Disposer d' un statut
- Avoir des compétences en psychothérapie

*Plus un thérapeute est empathique, plus il doit être professionnel et inversement*

Opinion - PROJET DE LOI

# Encadrons la santé mentale

► Jamais depuis le néolithique, notre espèce n'a connu mutation si radicale avec son lot de souffrances psychiques et d'enjeux économiques. Malgré une opposition corporatiste, les professions de la santé mentale ont besoin d'un cadre législatif.

Francis MARTENS

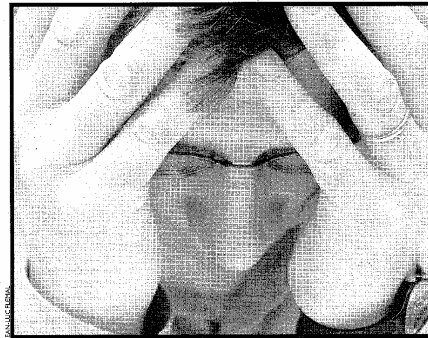
Président de l'Association des psychologues praticiens de formation psychanalytique<sup>(1)</sup>

Emportés par le courant, nous avons du mal à voir où le fleuve nous mène. Aucun doute pourtant : depuis la révolution néolithique (élevage, agriculture, sédentarisation), notre espèce n'a jamais connu mutation aussi radicale. Le rapport technique à notre environnement, aussi bien que les relations entre les sexes, les adultes et les enfants, les producteurs et les consommateurs, sont en proie à des remaniements radicaux qui ne vont pas sans bouleversements profonds. D'où, de nouvelles formes de souffrance psychique touchant au cœur même de l'usage de soi, et diverses réactions dont, au plan politique, les fondamentalismes ne sont pas les plus anodins. En même temps, nous entrons dans une époque de vacillement culturel où la maîtrise technologique est ordinairement confondue avec la rigueur scientifique, et où l'éthique du rapport à l'autre se voit souvent remplacée par la gestion purement émotionnelle ou anonymement administrative de la solidarité.

La précarité et le stress professionnels sont énormes. De nombreuses franges de la population subissent le changement sans avoir aucune prise sur lui. La sociologie a montré (Roger Bastide) que les maladies mentales éclorent volontiers aux points de rencontre imposés entre des communautés culturelles ordinairement séparées (colons et colonisés, immigrés et autochtones, paysans et citadins). En outre, de nouvelles pathologies voient le jour. Des "états limites" défilent les anciennes classifications psychopathologiques. Le suicide est devenu la deuxième cause de mortalité chez les 12-24 ans (après les accidents). Une récente prévision voit dans la dépression la seconde cause d'invalidité au monde (après les maladies cardio-vasculaires), dès 2020. Or, dans ses formes graves, elle mène au suicide dans 15% des cas. En France, une large enquête établit que l'état dépressif est corrélaté tout d'abord avec la solitude, ensuite avec le chômage. Dans le monde professionnel, un nouveau symptôme vient de faire irruption : le suicide sur le lieu du travail (Christophe Dejours). Impossible, en le voit, de dissocier santé mentale et santé sociale, vie collective et souffrance individuelle.

Pendant ce temps, il n'est de semaine qui n'annonce la découverte du gène de la dépression ou des conduites antisociales, ainsi que des extrapolations prometteuses à partir du génome manipulé de la souris. Si la rhétorique fait parfois sourire, il reste qu'une hypersensibilité au stress n'est pas sans incidence sur la souffrance dépressive – et que rien n'exclut, à ce niveau, une prédisposition génétique. Il est clair d'autre part que diverses molécules, en intervenant au niveau des neurotransmetteurs de l'état dépressif, peuvent générer un soulagement qui permet la psychothérapie et

ouvre un chemin vers la guérison. Le tableau, on le voit, prête mal à simplification. De même, en ce qui a trait à l'enfant pathologiquement turbulent : les manifestations aiguës d'hyperactivité avec déficit de l'attention<sup>(2)</sup> empêchent pratiquement toute scolarisation et augurent mal de l'avenir. Dans ce cas, le méthylphénidate (*Ritaline*, un produit de la classe des amphétamines) peut aider à modérer le



■ La santé mentale est de plus en plus complexe. Ne misons pas trop sur la découverte d'un gène du chômage ou sur la "piluile d'obéissance" pour les enfants trop turbulents.

symptôme. Malheureusement, cette drogue – appelée jadis "piluile d'obéissance" – est prescrite de plus en plus machinalement et tend à se substituer à la contenance que la société peine à offrir aux enfants. Les statistiques des dernières années témoignent d'une spectaculaire augmentation de consommation, à partir d'un âge de plus en plus bas. Au niveau de l'industrie pharmaceutique, les enjeux financiers sont de taille. Il est peu probable

néanmoins que le méthylphénidate puisse remplacer la fonction parentale et pallier la déréglabilisation des enseignants. Ni qu'on découvre sous peu le gène du chômage.

La médecine n'est devenue véritablement efficace (antibiotiques, psychotropes) qu'au prix de l'adoption du modèle expérimental et de la désacralisation consécutive de la figure du médecin. En outre, lorsque les nécessités technologiques, les normes administratives, les contraintes économiques prennent le dessus, l'"art médical" ne se voit plus ni valorisé, ni favorisé. Certains praticiens sont même carrément maltraités par un système d'évaluation totalement inadéquat. Ainsi

en va-t-il des psychiatres en hôpital, souvent harcelés pour non-rentabilité. Leurs consultations, il est vrai, durent longtemps et ne débouchent que rarement sur des actes techniques hautement rémunérés et bien remboursés. Dans un certain contexte, le temps dépensé à penser peut paraître frivole. Pourtant, comme souligne le professeur Isi Pele : "S'il peut être vital en médecine des organes de ne pas perdre une seconde, en psychiatrie il est urgent de prendre son temps". Il est clair que la complexité transdisciplinaire des professions de la santé mentale demande des filières de formation, d'organisation et d'évaluation différentes de celle des urgentistes ou des pneumologues.

Sous la bannière de "l'art de guérir", se déployait jadis l'ensemble des pratiques médicales : de la chirurgie à la psychothérapie. Cette dernière était laissée plutôt à l'intuition des praticiens. Avant la Première Guerre mondiale, en effet, la psychiatrie sortait à peine du gardiennage des aliénés. Après la Seconde, la psychologie commençait seulement à affirmer sa

de la Santé et des Affaires sociales Rudy Demotte (en confluence avec une proposition du député Yvan Mayer), tient compte de l'évolution des pratiques tout en veillant à leur qualité. Dans l'A.R. 78 remis à neuf, les professions de la santé mentale bénéficient de l'inscription sous un nouveau chapitre tenant compte de la spécificité de leur mode d'organisation, de formation et d'évaluation. Un Conseil supérieur de la santé mentale est créé, regroupant, dans chaque rôle linguistique, des collèges reflétant eux-mêmes la diversité des compétences. Responsables des agrégations, ce Conseil est avant tout l'interlocuteur des pouvoirs publics. Il est garant d'une réflexion spécifique autant que d'une continuité politique. La profession de psychothérapeute se voit pour sa part balisée, de manière à préserver autant la pluralité des accès que la rigueur des formations. La pratique de la psychothérapie, en effet, ne peut se réduire à l'application d'une théorie, ni se légitimer d'une simple compétence universitaire. La maturation personnelle est indispensable, d'où la diversité des cheminements. Le texte prévoit que des associations de formation indépendantes (en thérapie cognitive et comportementale, approche systémique, psychanalyse, etc.) accompagnent le cursus des uns et des autres.

Respectueux de la complexité du terrain, le projet de loi relatif à l'exercice des professions de la santé mentale est soutenu activement par de nombreux praticiens de toutes régions (tout particulièrement via la "Plate-forme Paysm des professionnels de la santé mentale"<sup>(3)</sup>). Il ne manque pas non plus de détracteurs. Loin d'argumenter sur le fond, leur discours jusqu'ici ne s'est malheureusement fait l'écho que d'intérêts particuliers. Là où quelques instances universitaires et médicales semblent ne pouvoir décoder l'organisation du bien commun qu'en termes de renforcement ou de perte d'exclusivité, certains psychanalystes apparaissent coupés du monde au fil d'angoisses purement identitaires. Le gros de l'opposition néanmoins est plus massivement corporatiste. Sans pouvoir le dire ouvertement – sous peine d'excommunication budgétaire – l'iversa psychologues du Nord du pays tablent sur une scission de la sécurité sociale pour obtenir des codes Inami à la manière des médecins. Pour eux, le projet Demotte, qui fait place à la diversité des chemins professionnels, constitue évidemment une menace. Ils le dénigrent donc sous le couvert de la protection contre les "charlatans" et d'un refus du dualisme cartésien – "âme-corps" – supposément conforté par l'adjonction d'un chapitre III, au sein de l'arrêté royal n°78 (sic) !

En réalité, le texte prochainement soumis à délibération représente un grand pas pour accorder cadre législatif et réalité sociale, rigueur des formations et pluralité des parcours. Il différencie bien les domaines de la psychothérapie et de la médecine des organes sans pour autant les opposer. Des deux côtés se joue la vie. On a clairement besoin de psychothérapeutes tout autant que d'urgentistes, mais selon des modèles, des temporalités, des critères d'évaluation différents. L'anorexie mentale, en d'autres termes, ne relève pas de la même logique thérapeutique que la septicémie. Occuper une position difficile mais capitale, les psychiatres se trouvent ici à une interface – de même que les généralistes qui comptent parmi les plus importants et les moins reconnus des intervenants en santé mentale. A eux aussi il s'agit de rendre justice. ■

► (1) L'APPSP constitue le groupe numériquement le plus important de psychologues cliniciens francophones.  
► (2) Voir [www.plateforme-paysm.be](http://www.plateforme-paysm.be).  
► (3) Titre et sous-titre sont de la rédaction.

# STRUCTURE DYNAMIQUE DU 1<sup>er</sup> ENTRETIEN

*(selon SHEA, 2005)*

- 1) Introduction** (1-2'): entre le 1<sup>er</sup> contact et la 1<sup>ère</sup> question relative au motif de la consultation
- 2) Ouverture** (5-7'): écoute non directive entre la 1<sup>ère</sup> question relative au motif de la consultation et le questionnement plus ciblé du thérapeute
- 3) Corps** (25-30'): phase exploratoire visant à évaluer la demande, l'histoire, l'environnement, les ATCD, le diagnostique, les interactions...



## STRUCTURE DYNAMIQUE DU 1<sup>er</sup> ENTRETIEN

- 4) **Clôture** (5-10'): cette phase est capitale et demande du temps; bilan de l'entretien et explications relatives à la psychothérapie ; programmation du R-V suivant; si vous recourez à une médication, prévoyez en plus 7-10'.
- 5) **Fin** (1-2'): phase de courte durée, dernières paroles et gestes, poignée de main et sourire courtois, traversée de la porte, séparation avec le thérapeute...

# LES TECHNIQUES D' ENTRETIEN

- Directif / non directif
- Méthode des 4 R : recontextualisation, reformuler, résumer, renforcer
- Association libre
- Analyse des rêves
- Interprétation
- Approche intégrative
- Exercice de Pleine conscience...

TOUJOURS VEILLER AU CONFORT DU THERAPEUTE!

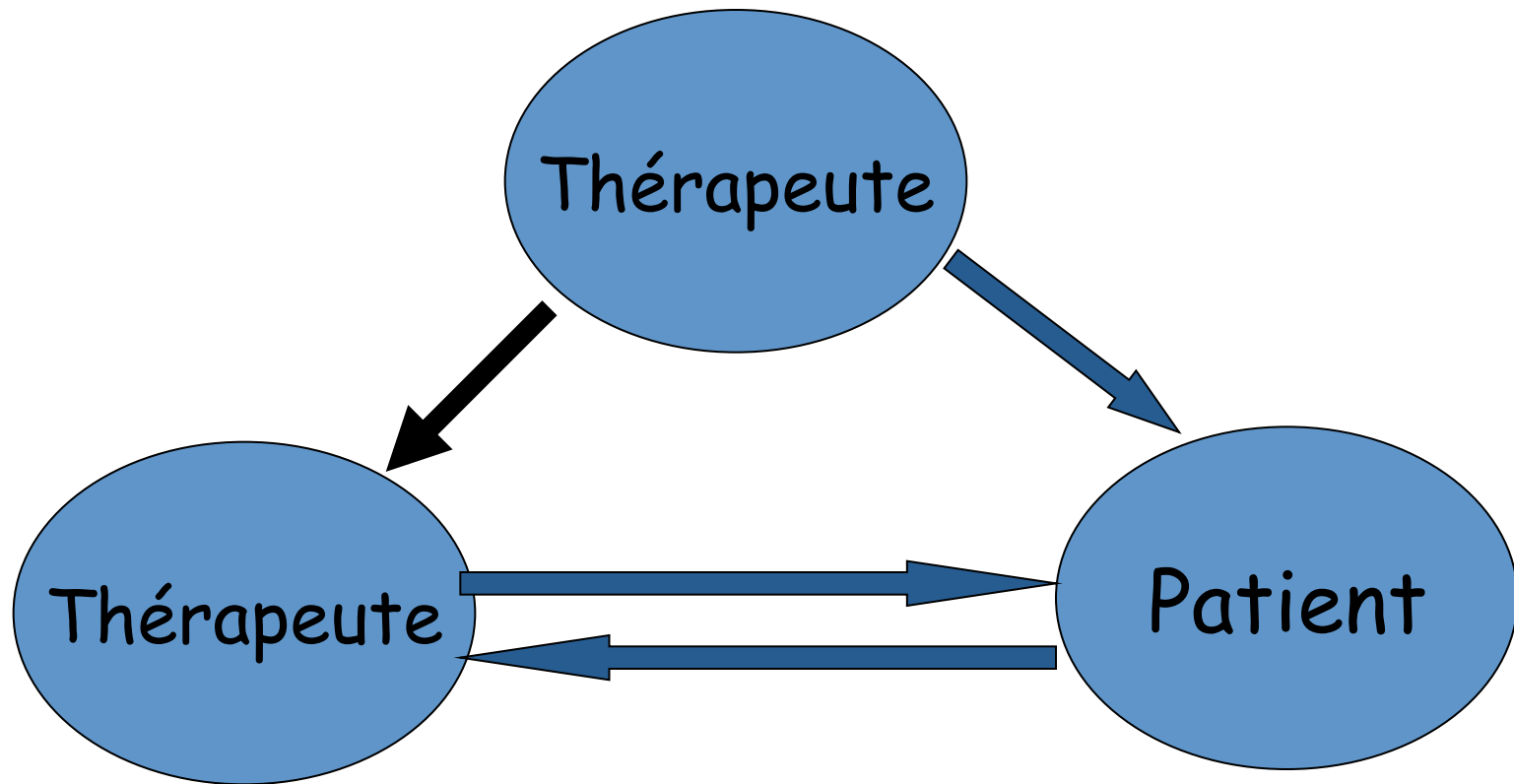
# Le processus psychothérapeutique

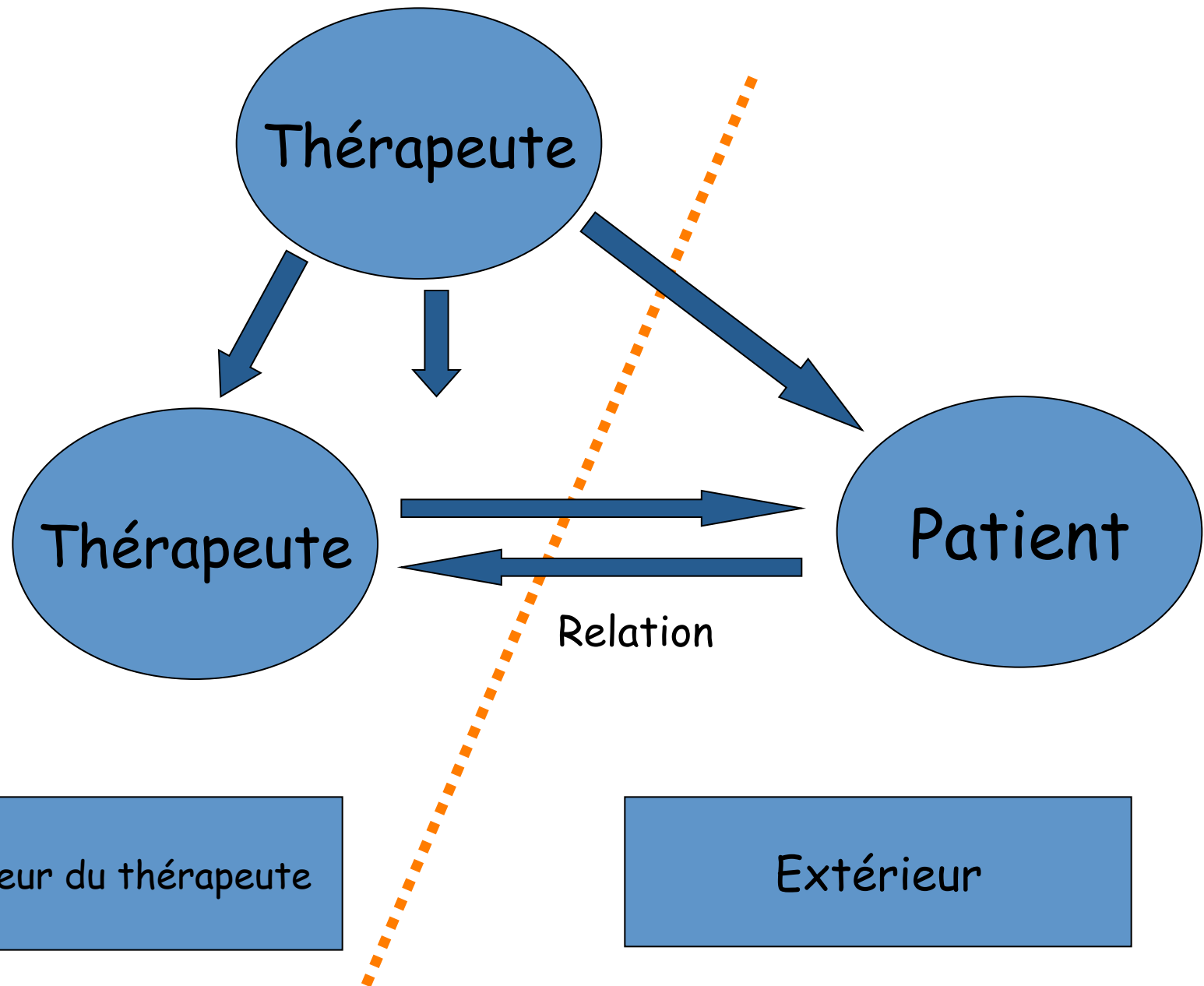
- = 1 processus évolutif par étape
- chaque étape n' annule pas l' étape précédente
- chaque étape englobe et renforce la précédente
- tant que les éléments relationnels restent au 1<sup>er</sup> plan, la psychothérapie ne peut réellement s' engager

# La pratique du vélo



# « Le petit vélo »





# Psychothérapie brève en face à face

- *Analyse des aspects les plus rationnels de la relation thérapeutique.*
- *Favorise l'empathie, le partage des émotions et des cognitions.*

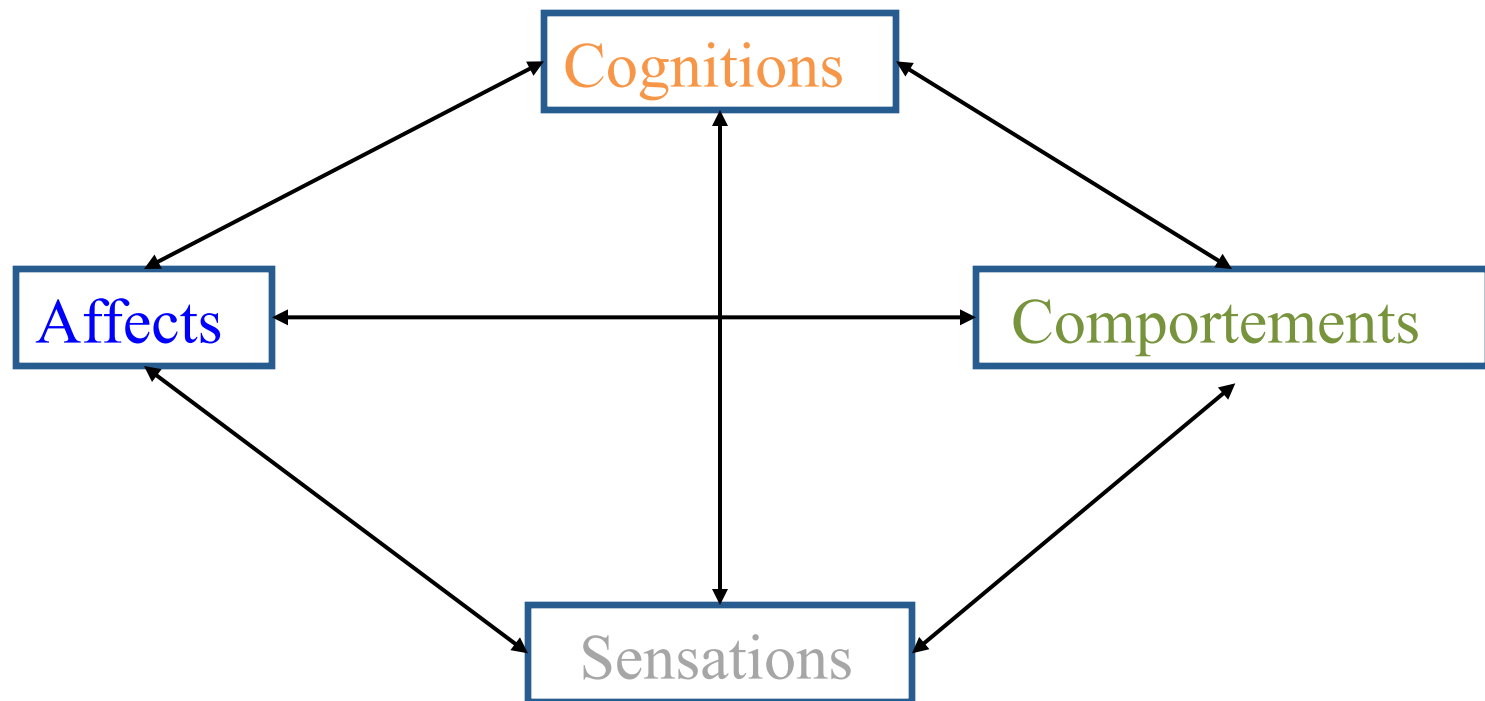


# Les cibles $\psi$ -thérapeutiques

ICS

Contexte social et interpersonnel

I  
C  
S



I  
C  
S

ICS



# Cibles initiales des psychothérapies

	Cognition	Affect	Comport.	Sensation	Contexte
<b>Psycho-dynamique</b>	+				
<b>Cognitivo-comportem.</b>	+		+		
<b>Systémique</b>					+
<b>Humaniste</b>		+		+	
<b>Corporelle</b>				+	

# Facteurs curatifs communs

- Qualité de l'alliance patient/thérapeute
- Accroissement de la motivation et de l'attente d'aide du patient
- Augmentation du sentiment d'estime de soi
- Confrontation à de nouvelles expériences améliorant insight et perception
- Régulation des émotions
- Nouveaux comportements

# Facteurs communs / spécifiques ?

- Intérêt de l'approche intégrative et de
- Intérêt à connaître les autres écoles
- Comparaison des facteurs curatifs des psychothérapies individuelles ambulatoires de patients non psychotiques :
  - 45% d'effets thérapeutiques liés à la technique dont 30% sont obtenus par les facteurs curatifs communs
  - 55% de relationnel...

⇒ **Facteurs spécifiques = 15%**

# LE CADRE EN PSYCHOTHERAPIE

- face à face : échanges verbaux et non-verbaux
  - importance du regard associé à la parole
  - neutralité à « géométrie variable »
  - identification projective favorisée
- ⇒ augmentation de la dynamique interactive  
souplesse du cadre

# Trois points importants concernant le regard

- Se sentir regardé stimule les réactions émotionnelles, quelle que soit la culture et accélère le système nerveux autonome
- Les manières de regarder ou de ne pas regarder, le sens accordé varient selon les cultures.
- Les deux situations durant lesquelles les gens se regardent le plus correspondent à l'amour et à la colère...

## *Le changement en thérapie est dû :*

- Aux capacités du sujet*
- À la qualité de l'alliance thérapeutique*
- Aux qualités du thérapeute.*

# ECOUTE INTERACTIVE

- **aptitudes de relance :** invitations  
encouragements  
questions ouvertes
- **aptitudes de reflet :** reformulation  
recontextualisation  
résumé  
renforcement
- **silence « actif »**

# IDENTIFICATION PROJECTIVE

- projection d'une partie du patient vers le thérapeute (objet extérieur)
- interaction intersubjective
- réintériorisation de la projection chez le patient (interaction intrasubjective)

⇒ intérêt à rester une « suffisamment bonne » surface de projection et de réflexion



# ATTITUDES D ' ECOUTE

- **écoute « dédagée »**: attention flottante  
« le thérapeute devrait se contenter d' écouter, sans se préoccuper de retenir quoi que ce soit... » (Freud,1912)
- **écoute « engagée »** : formuler une hypothèse susceptible d' aider le patient, vérifier la validité de certaines hypothèses mais...

*« La plupart du temps, nous entendons des choses dont la signification n ' apparaît que plus tard ... »*

(Freud, La Technique Psychanalytique, 1912)

## LA REACTANCE

= opposition marquée, de manière directe, au processus thérapeutique

## LA RESISTANCE

= Facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent la mise en place et le déroulement du processus thérapeutique.  
(plus subtile, plus implicite que la réactance).

# TRANSFERT

- réactivation des relations significatives infantiles projetées sur le thérapeute
- report sur le thérapeute d' une imago, d' un fantasme auquel ce thérapeute donne détermination et consistance (Duyckaerts,1999)
- hostilité, dépendance, érotisation ...
- aménagement/interprétation du transfert

# Transfert en situation analytique

## ***triple régression :***

- Temporelle : du présent vers le passé.
- Topique : du conscient vers l'inconscient.
- Formelle : de la pensée logique vers la pensée irrationnelle.

# TRANSFERT (suite)

- relever toute réaction négative
- réajustement
- régulation de la distance patient/thérapeute
- révélation de soi appropriée
- développement d'attentes réalistes (objectifs, rdvs, téléphone ...)

# CONTRE-TRANSFERT

- **pro-actif** (Giusti, 1997) : C-T pathologique (intrusion des conflits irrésolus du thérapeute)
- **réactif** (Giusti, 1997) ou **objectif** (Winnicott, 1975): le thérapeute réagit de manière adéquate et précise aux projections du patient
- **concordant** ou **discordant** (Kernberg, 1995) : identification à l' état émotionnel principal du patient ou à l' état contraire





# Quand la thérapie est en panne ?

Le problème peut se poser à six niveaux :

- L' alliance thérapeutique
- La conceptualisation du problème
- Le type de problème-cible
- La méthode thérapeutique utilisée
- L' habilité pour appliquer la méthode
- Le cadre thérapeutique

# LES PIEGES RELATIONNELS

- Convaincre le patient
- Débattre
- Effectuer un questionnement administratif
- Faire dire au patient ce que le thérapeute souhaite entendre
- Minimiser un problème réaliste
- Travailler à la place du patient
- Aller trop vite
- Aller trop lentement

# Quand le thérapeute s'énervé intérieurement ?

- Quand les émotions et sentiments sont trop intenses ou envahissants, le thérapeute peut perdre ses aptitudes professionnelles et sa sensibilité
- Etre trop réactif rend moins sensible.
- Il importe donc de savoir faire une « crise de calme »...

(ex : exercice respiratoire en pleine conscience...)

# *Six principes dans toute psychothérapie efficace :*

- 1) Aspects psycho-éducatifs : modalités et buts de la thérapie; explications concernant le trouble.*
- 2) Rôles des expériences précoces dans le fonctionnement des problèmes actuels.*
- 3) Rôle de la mémoire et des processus inconscients.*

- 4) *Modification progressive des systèmes de croyance et des interprétations erronées de la réalité.*
- 5) *Affrontement progressif des émotions au cours de la psychothérapie.*
- 6) *Prescription de nouvelles expériences émotionnelles en dehors des séances.*

*( Cottraux, 2005 in Le Livre Noir de la Psychanalyse)*

# FIN DU PREMIER ENTRETIEN

- prochains rendez-vous ?
  - proposition d ' un dispositif thérapeutique
  - $\pm$  4 entretiens préliminaires + bilan
  - apprivoisement des réactions psychiques
  - ouvertures aux représentations mentales
- « être assez mal pour consulter ... mais suffisamment bien pour supporter le traitement »

# BIBLIOGRAPHIE

- La technique psychanalytique : Freud (1912) , PUF, 1953
- Les bases de la psychothérapie : Chambon, Marie-Cardine ; Dunod, 1999
- Le premier entretien en psychothérapie : Gilliéron ; Dunod, 1996
- La thérapie psychodynamique des personnalités limites ; Kernberg ; PUF, 1995
- L'alliance thérapeutique ; Cungi; Retz, 2006
- La conduite de l'entretien psychiatrique : Shea, Elsevier, 2005



老子

Lao Tseu, V<sup>ème</sup> S av J.C.

*« Si tu donnes un poisson  
à un homme, il mangera  
un jour.*

*Si tu lui apprends à  
pêcher, il mangera  
toujours ».*

