

L'entretien en T.C.C.

Dr Christine MIRABEL-SARRON

Centre de Responsabilité Psychothérapies THECCART / CMME
Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris

DU TCC Paris 5 – 1ère année

Plan

- 1. La structuration d'un entretien
- 2. Caractéristiques générales de l'entretien en TCC
- 3. Les entretiens préliminaires
 - l'entretien clinique a visée diagnostic
 - l'entretien en analyse fonctionnelle
 - l'entretien du contrat thérapeutique
- 4. L'entretien individuel
- 5. L'entretien en thérapies de groupe
- 6. L'entretien d'évaluation

- *« Le thérapeute est un guérisseur sympathique, et non moralisateur qui manifeste envers son client beaucoup d'intérêt, de chaleur et de compréhension ».*

Garfiels, 1980

Partie 1

La structuration d'un entretien

Anatomie de la communication

- Emetteur (médecin)
- Message transmis
 - Véhiculé par un ensemble de signes
 - Par l'intermédiaire d'un canal : l'air.
- Récepteur (le patient)
- Qui devient à son tour Emetteur.

Physiologie de la communication

Avant de prendre la parole chez l'Emetteur :

- Activité de perception multi sensorielle
- Attitude motivationnelle (fonction de l'état du patient)

Choix du code de communication :

- Des signes sélectionnés pour transmettre le message.
- Vérification du message avant Emission

Vécu du récepteur

- Le message non verbal est toujours traité en priorité
- Perception multi sensorielle du message transmis.
- Interprétation du message : étapes du traitement de l'information

La construction de l'alliance thérapeutique

- Collaboration active avec le patient ;
- Constitution d'une équipe avec le patient où le thérapeute joue le rôle de guide en tant qu'expert ;
- Empathie ;
- Compréhension ;
- Prise en compte des signes verbaux et non-verbaux;
- Ne pas être trop directif ni en confrontation;
- Le but : construire la relation avec chaque individu.

- Prend pas ou irrégulièrement ses médicaments.
- Une consommation excessive d'alcool, ou de drogues.
- Le patient qui a déjà interrompu précocement d'autres thérapies.
- Le patient qui n'a eu que des prises en charges médicales de courte durée.
- Les changements fréquents de thérapeutes (dans tous les domaines de la santé).
- Les appels uniquement en cas de crise.
- Le patient qui ne vient pas au rendez-vous, sans prévenir.
- Ces comportements d'alerte sont très nombreux, ils doivent immédiatement attirer notre attention car ils interfèrent fortement sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

Partie 2

Les caractéristiques de l'entretien en
TCC

Un entretien à médiation verbale

- La plupart du temps en situation duelle, en face à face
- Caractéristiques du thérapeute:
 - empathique
 - chaleureux
 - ouvert
 - renforçateur

De plus, les informations reçues seront conceptualisées en fonction des théories de l'apprentissage.

Un style de questionnement inductif

- Le style du thérapeute est basé sur un questionnement inductif, forme de questionnement ouvert ;
- Ce mode de questions inductives s'utilise principalement en début de thérapie ;
- Il vise à recueillir des informations, sur l'histoire de la maladie, sur le mode de vie du patient.

Exemple :

Patient : Je n'arrive pas à terminer quelque chose.

Thérapeute : Qu'est-ce que vous entendez par là ?

Patient : Je suis fainéant.

Thérapeute : Que voulez-vous dire par ce terme fainéant ?

Patient : Le matin je tourne en rond chez moi, je n'arrive pas à commencer quelque chose et je reste assis dans mon lit.

Un questionnement exploratoire ouvert

- Le questionnement ouvert est à la base de la démarche dite de « découverte guidée par le thérapeute » qui choisit chaque question afin de poursuivre son exploration cognitive et amener le patient à déduire ses fonctionnements propres.
- Le praticien adopte une attitude ouverte, à la fois verbale et non verbale.
- Sur le plan corporel, il se place en face de son patient en le regardant sans le dévisager et sans se plonger dans ses notes;
 - il se présente : nom, fonctions ;
 - son attitude est congruente aux propos du patient ;
- Il pose des questions pour faciliter l'expression du patient :
« Pourriez-vous me dire ce qui vous amène jusqu'à cette consultation de thérapie comportementale et cognitive ? Qu'est-ce qui vous gêne et qu'est-ce qui vous a motivé à venir consulter ? Par quel intermédiaire avez-vous eu notre adresse ? »

Un discours psycho-éducatif

- Le thérapeute n'hésite pas, pour expliquer les principes de la thérapie, à donner de nombreux exemples;
- Un rôle d'information caractéristique aussi des TCC.
- Les attentes et croyances du patient sont verbalisées avec moins d'hésitations;
- Ce style informatif est utilisé tout au long de la thérapie, il permet de répondre aux questions, de déculpabiliser le patient, de lui faire prendre conscience que son cas n'est pas unique, etc...
- Le thérapeute donnera des informations dont il est sûr, avec des chiffres éventuellement "toute personne a 20% de risque de vivre un état dépressif dans sa vie", etc.

La pratique régulière des reformulations

- Le praticien utilise régulièrement des reformulations afin de s'assurer qu'il a bien compris le patient.
- Ces opérations de clarification contribuent à créer un lien de confiance.
- Ces reformulations permettent de préciser certains arguments ou informations données par le patient.
- Il est habituel de pratiquer en moyenne au moins trois reformulations par entretien, y compris dans la prescription des tâches en fin de séance.

Des renforcements positifs réguliers

- Par définition, le *renforcement positif* est une action qui, produite à la suite d'une réponse, est susceptible d'élever la probabilité d'émission de cette réponse. Cet effet produit par l'action est appelé *renforceur*.
- Il peut être de nature diverse :
 - verbale (approbation, compliment, etc.)
 - matérielle (aliments, accès à un loisir, etc.).
- Tout progrès effectué par le patient, aussi bien dans l'observation de soi-même, dans sa gestion des situations ou dans l'utilisation de stratégies apprises dans un but de contre conditionnement, est renforcé positivement. L'utilisation du renforcement positif en thérapeutique permet l'installation de nouvelles attitudes.
- Pour être efficace, le renforcement doit être émis le plus rapidement après la réponse du sujet, de même qu'il doit être répété chaque fois que cette réponse est adaptée.

Les idées reçues sur l'entretien en TCC

- Les TCC agissent à un niveau superficiel.
- Le fait de rester à un niveau superficiel empêche les TCC de guérir, elles s'adressent à des patients sensibles à la suggestion.
- Le style directif du thérapeute donne l'impression au patient qu'il est traité de façon technique sans être compris dans sa souffrance.
- Le mode collaboratif de l'entretien donne l'impression au patient, de devoir agir, ceci affaiblit la compliance.
- Le patient ne trouve pas de réponse à sa question principale : quelle est l'origine de mon problème ?

Partie 3

Les entretiens préliminaires

L'entretien clinique à visée diagnostic

- L'entretien clinique est une communication particulière entre un clinicien et un patient ;
- Elle s'établit sur un mode inhabituel qui dépend de la théorie choisie par le praticien(ici théories de l'apprentissage...) ;
- En TCC le premier entretien est un entretien clinique classique dont le style sera plutôt circonstancié et narratif ;
- L'objectif de cet entretien est une prise de contact avec le patient ;
- Il permet d'établir un diagnostic symptomatologique et de faire préciser la souffrance du patient et ce qu'il attend de l'entrevue. Lors du premier entretien, l'attitude du professionnel tend à mettre le consultant en confiance et à favoriser la communication avec lui.
- Il s'agit d'une *interaction essentiellement verbale*, entre deux personnes en contact direct *avec un objectif préalablement posé : une thérapie TCC ?*).

L'entretien en analyse fonctionnelle

- Ils s'échelonnent sur deux ou trois entretiens
- Ils sont de nature semi-directif et exploratoires;
- Ils utilisent des grilles d'entretien publiées qui facilitent l'analyse fonctionnelle synchronique - basic idea ou encore l'analyse fonctionnelle synchronique et diachronique-secca; grille de Kanfer et Saslow);
- Le praticien peut suivre son propre chemin avec l'expérience, et se détacher de ces grilles;
- Son exploration minutieuse, organisée, sera synchronique puis diachronique.
- La conclusion de l'analyse fonctionnelle s'intitule aussi "conceptualisation de la souffrance du patient"
- La conclusion est donnée de vive voix, et éventuellement par écrit au patient.
- De la conclusion de l'analyse fonctionnelle découle la possibilité ou non d'une démarche thérapeutique en TCC.

L'entretien du contrat thérapeutique TCC

- Le professionnel expose les grands principes de la thérapie et les conditions matérielles de déroulement: fréquence, durée des entretiens, horaire, prise en charge financière ...
- Les entretiens sont souvent espacés d'une semaine ou quinze jours, durent de 30 à 45 minutes selon les stratégies thérapeutiques choisies;
- La durée de la thérapie est d'environ quatre ou six mois. Douze à quinze séances sont généralement nécessaires pour aborder un comportement dysfonctionnel isolé.
- Avant tout engagement thérapeutique, les appréciations du patient sont recueillies et un délai de réflexion lui est souvent proposé.
- Dès cette séance, sont observées les réactions du patient à l'annonce des principes thérapeutiques et des étapes du déroulement de la thérapie permettant d'estimer la qualité du lien relationnel.

Partie 4

L'entretien individuel

L'entretien en thérapie comportementale

- L'entretien comportemental en période thérapeutique utilise :
 - des procédures basées sur la résolution d'expérimentations; sur l'éducation (*cf* apprentissages);
 - ainsi que sur une psychologie informative.
- Le postulat est :
- Les comportements pathologiques sont appris.
- Le but de la thérapie est de désapprendre des comportements inadaptés, sources de souffrance et d'apprendre de nouveaux modèles de comportements plus fonctionnels dans la vie actuelle du sujet.

La structure conventionnelle des entretiens

3 étapes :

- La synthèse de la semaine et des tâches à accomplir;
- Le choix d'un thème à analyser avec le patient;
- La prescription pour la semaine à venir du travail personnel.

Le carnet de thérapie :

- Le patient est encouragé à prendre des notes en cours de séance et à domicile sur prescription du thérapeute.
- Elle a pour buts : le développement et l'apprentissage de l'auto-observation et de l'auto-évaluation.

Le "soft-ware" du thérapeute

- Dans son écoute du patient, le thérapeute adopte une activité mentale inférentielle se référant aux théories TCC de l'apprentissage :
- Les événements rapportés par le patient seront représentés sous la forme de diagramme ou réaction en chaîne : Stimulus - Organisme - Émotions – Cognitions - Réponse comportementale - Conséquences pour le sujet et pour autrui.
- Le praticien communique, quand il le faut, cette conceptualisation de la souffrance quelle que soit l'avancée de la thérapie.

Techniques thérapeutiques issues des théories comportementales

1. Stratégies de reconditionnement (*cf* Conditionnement classique), exemple : les phobies, le conditionnement de nouvelles réponses verbales et non verbales ou de nouveaux modes de pensées, s'accompagne de l'atténuation de réponse neurovégétatives pénibles.

2. Le deuxième principe est le conditionnement opérant ou utilisation des renforcements.

Le renforcement positif et le renforcement différentiel (combinaison de renforcement positif et d'extinction) sont largement utilisés au cours de tous les entretiens en TCC.

Les techniques opérantes sont utilisées dans de nombreuses souffrances psychologiques, dans les conduites phobiques (phobies scolaires, troubles des conduites alimentaires, etc).

3. Le troisième principe, celui d'extinction, consiste en l'affaiblissement progressif de la fréquence d'une réponse lorsque celle-ci est provoquée de façon répétée et suivie par un renforçateur.

4. Principe de l'imitation, l'apprentissage social :
cf exposition prévention de la réponse avec modeling participatif.

L'entretien comportemental et cognitif

- **En 3 parties :**

1. Consacrée au déroulement de la vie du patient dans l'intervalle des séances, à d'une revue de ses actions satisfaisantes mais aussi de ses difficultés et des stratégies que le patient a pu ou non utiliser ;

2. Le corps de l'entretien, consacré à l'analyse d'une situation posant difficulté, elle est choisie en fonction du contrat, de la priorité, de son urgence ou non,...

3. Une large reformulation effectue une revue de l'ensemble de l'entretien qui vient de se dérouler, et définitif en interaction et de manière collaborative les tâches à effectuer en définissant les obstacles potentiels à leur réalisation.

Cette structuration sans cesse reproduite favorise la mise en pratique des stratégies cognitives qui amènent le sujet à s'arrêter sur une situation émotionnelle difficile puis à l'analyser pas à pas.

Partie 5

L'entretien de groupe

Les formats de groupe

Des formats pour des objectifs bien différents

1. **Apprentissage** en groupe d'une démarche TCC.

exemple de l'exposition in vivo des patients agoraphobes, ou phobiques sociaux,..

2. **Une démarche très psycho-éducative** et approche TCC pour gérer les conséquences psychosociales du trouble.

exemple des patients bipolaires ou psychotiques chroniques

3. **Programme multidimensionnel** de découverte guidée.

exemple : TCC des patients boulimiques

Le déroulement des TCC de groupe

1. En groupes ouverts (phobie sociale)
2. En groupes fermés :
 - un programme unique (T.O.C.)
 - un programme organisé en modules successifs (addictions, psychotiques chroniques, ...)
3. Les groupes de consolidation

Constitution du groupe fermé

- Utilise les principes de changement de l'apprentissage vicariant et du modeling.
- Construction d'une homogénéité relative du groupe :
- Age, nature de la souffrance, ..
- Utilisation large du jeu de rôle, de la résolution de problème
- Le modèle à imiter n'est pas « trop parfait »

Composition du groupe fermé

- Une dizaine de patients
- Une évaluation pré thérapeutique en entretien individuels
- Une évaluation clinique et psychologique avant et après le groupe
- La constitution d'un contrat thérapeutique individualisé :
 - Il comprend les objectifs du patient
 - Il inclut le fonctionnement du groupe (prévenir le thérapeute d'une absence, ..)

Déroulement d'un groupe fermé

- Durée : de 90 à 120 minutes.
- Deux thérapeutes.
- Trois étapes inégales :
 1. la revue individuelle des tâches (remplacée par la présentation de chaque patient en première séance),
 2. le thème principal du travail,
 3. la définition individuelle des tâches.

Les premières difficultés du thérapeute

- Mener de front plusieurs actions :
- Laisser s'exprimer chaque patient du groupe,
- Aborder le thème choisi sans en faire un cours didactique,
- Introduire l'apprentissage d'un nouveau comportement par le jeu de rôle,
- Veiller à la prescription des tâches et de leur réalisation (bonne ou mauvaise) afin d'opérer une généralisation des nouveaux comportements.

Difficultés du thérapeute 2

- La gestion des patients plus ou moins agressifs (troubles de l'axe II).
- L'intégration au cours du groupe de nombreuses approches TCC (groupes de boulimiques ou groupe de bipolaires).
- Gérer le temps total du groupe (toujours trop peu).

Application clinique : la phobie sociale

- Groupes d'affirmation de soi
- Apprentissage aux méthodes assertives : communication non verbale, para verbale, verbale dont la gestion des critiques, de la conversation, ...
- Groupes d'exposition in vivo
- Groupes cognitifs d'estime de soi

Application clinique : TCC de boulimiques

Programme multidimensionnel de découverte guidée

1. Premières séances d'auto observation du comportement : le carnet alimentaire.
2. Séances d'initiation cognitive ou l'influence des émotions et des cognitions.
3. Repérage des interactions relationnelles et de leur gestion.
4. Apprentissage à la relaxation.

Application clinique : TCC des bipolaires

- 1. Etape psycho éducative** : les troubles bipolaires, leurs traitements, l'identification de l'humeur...
- 2. Démarche comportementale** pour faire face à un fléchissement de l'humeur : tâches graduées, activités plaisantes, ...
- 3. Taches comportementales** pour la manie.
- 4. Démarche cognitive** de gestion émotionnelle et identification des schémas.
- 5. Gestion des conséquences** psycho-sociales du trouble bipolaire.

Partie 6

L'entretien d'évaluation

L'évaluation pré thérapeutique

- Partie spécifique des TCC, comparativement à d'autres modalités de psychothérapies ;
- Elle fait appel à une évaluation clinique psychologique ;
- Et à des auto-enregistrements effectués par le patient, guidés par le praticien ;
- Elles peuvent être plus ou moins importante selon la structure de soin où pratique le professionnel de santé.

L'évaluation post thérapeutique

- A la fin du contrat thérapeutique, une évaluation similaire à celle pratiquée avant le début du contrat est reproduite:
- Une évaluation clinique de la souffrance
- Les mêmes auto questionnaires et échelles d'évaluations quantitatives de la souffrance sont de nouveau proposés
- Les auto-observations du patient sont reprises dans leur ensemble, avec la relecture du cahier de thérapie.

L'entretien de recherche

- Entretien structuré qui prend place dans une méthodologie de recherche :
- Entretien semi-directif
- Hétéro-évaluation
- Pratique de mesures électro-physiologiques
- Evaluations neuro-psychologiques, etc
- L'évaluateur est indépendant des praticiens qui œuvrent au niveau thérapeutique.

Conclusion

- En T.C.C., le praticien adopte en fonction de chaque étape des stratégies d'entretien très différentes : cliniques, évaluatives, thérapeutiques.
- En somme, chaque entretien mêle des ingrédients comportementaux, cognitifs, choisis en fonction du thème de la séance, de la réaction du patient, des objectifs à atteindre ; chaque entretien devient spécifique et personnalisé.

Bibliographie

- Mirabel-Sarron C., Vera L., *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, 4^e édition Dunod, Paris 2014.
- Mirabel-Sarron C, Blanchet A, *Modifications cliniques, cognitives et linguistiques au cours d'une psychothérapie cognitive d'un sujet déprimé*. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1990, 5 : pp 23-28.
- Mirabel-Sarron C, Blanchet A. *Analyse pragmatique du discours de patients déprimés*. *Psychologie française*, 1992, 4 : pp 277-289.
- Mirabel-Sarron C., Vera L.; *Techniques de thérapies comportementales*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-820-A-45, 2008.

Je vous remercie de votre attention