

L'ENTRETIEN DANS LA RELATION D'AIDE

**Une psychothérapie à
médiation corporelle**

Définition de l'entretien classique

- Classiquement, l'entretien se définit comme un mode d'accès aux représentations et aux opinions d'autrui, dans lequel la parole apparaît comme vecteur principal. Comment se situe-t-on par rapport à cette définition ?
- Cette vision est essentiellement linguistique. C'est l'énoncé qui prime. N'apparaissent pas la prosodie, le geste, l'aspect qualitatif de l'entretien.
- L'entretien d'anamnèse consiste à recueillir des informations rapidement pour connaître la vie de la personne, son âge. On ne va pas chercher la cause de la problématique, mais on s'informe sur la demande du patient : « J'ai mal au dos »...

Définition de l'entretien en SPP

- La première chose est de permettre à la personne d'entrer en relation avec elle-même. Pour ce faire, on lui donne notre savoir faire. On fait un échange.
- Ecouter, c'est poser son attention sur ce qui est dit. Mais le but n'est pas là. On considère que le patient en situation habituelle n'a pas la capacité spontanée d'entrer en relation avec lui-même ; la personne s'est mise à distance d'elle-même. Elle ne se ressent plus. Elle est désensorialisée.
- Je ne vais pas vous dire de poser votre attention sur votre patient. Je vais vous demander de faire porter au patient son attention sur des choses afin qu'il devienne plus performant.
- On centre sur la personne, cela veut dire qu'on lui permet de développer ses capacités perceptives, sensorielles.
- Mon but n'est pas d'écouter ce que va me dire le patient mais de le mettre dans le lieu où elle va pouvoir se découvrir.
- Idée de C. Rogers : « Le patient vient exposer ses problèmes et se retrouve à faire l'expérience de lui-même ». A partir de ce lieu, la personne va pouvoir me parler.
- L'entretien se fait après la thérapie manuelle, il se fait après la séance sur les bases du vécu. La durée de l'entretien peut être brève.

3 types d'entretiens

- **L'entretien structuré**
 - Anamnèse
 - Question qui attend une réponse précise (Dormez vous bien ? oui, non...
- **Semi structuré**
 - Question qui sollicite le patient à donner ses propres réflexions
 - Question ouverte qui amène à une réponse ouverte
 - Mise en route d'un processus dynamique généré par les réponses de la personne, et les questions posées.
 - Autre cas : entretien à partir d'un thème ouvert.
- **L'entretien libre**
 - non directivité
 - Le patient est au cœur du processus
 - l'immédiateté
 - pas de posture interprétative

Le protocole de reformulation selon C.Rogers :

- J'écoute l'autre sans rien dire au départ.
- Je reformule ce que j'ai entendu : est-ce bien cela que vous voulez dire ?
- Le patient rebondit sur cela.

L'Éthique dans l'entretien

Il y a différentes attitudes possibles dans l'entretien, qu'il faut repérer et par rapport auxquelles il faut savoir situer notre approche.

- **L'attitude moraliste** : donner des ordres, des conseils, interdire
- **L'attitude persuasive ou interventionniste** : « Si j'étais à votre place, voilà ce que je ferais. »
 - ✓ Je pense qu'on peut dire cela dans certaines circonstances. **L'intérêt est de faire comprendre à la personne qu'on peut s'en sortir.**
 - ✓ Dans ce cas, **le thérapeute suggère** : « J'ai bien examiné votre situation et vous suggère de faire ceci ou bien cela. » Quand la personne est sans repère et vient chercher la relation paternelle, on peut lui suggérer d'attendre avant de prendre une décision car « De mon point de vue, vous n'êtes pas en situation de force. » On peut formuler autrement : « Sentez-vous que vous êtes en situation de force pour prendre cette décision ? » ou encore : « Pensez-vous que prendre cette décision est pertinent ? »
- **L'attitude interprétative** : Un exemple d'attitude interprétative est l'approche psychanalytique.

Contrat de communication dans le cadre d'une thérapie

- La *posture du thérapeute*.
- La *posture du patient*.
- La *médiation* de l'entretien repose sur un interrogatoire tissulaire, un interrogatoire verbal concernant l'éprouvé, les pensées.

La posture du thérapeute

Le thérapeute apprend de son patient et le patient apprend de son thérapeute.

- Ecoute de la sémiotique de la gestuelle, de la posture, des attitudes, de l'expression.
- Ecoute du contenu de la parole, mais aussi écoute du comment cela est dit.
- Notre travail sollicite au maximum la réflexion du patient (métacognition).
- Nous évitons de rechercher systématiquement le passé.
- Nous n'utilisons pas de langage énigmatique.
- On remet l'adulte dans une situation d'immédiat.

La posture du patient

Notre patient vient pour :

Des douleurs physiques expliquées par un diagnostic ou non expliquées, mais assez fortes pour gêner le patient.

- Des douleurs physiques, qui ont engendrées une souffrance psychique.
- Des douleurs psychiques qui ont générées des douleurs physiques.
- Des schèmes comportementaux détériorés consécutifs aux douleurs physiques ou à la souffrance psychique.

Il n'y a pas de souffrance psychique sans retentissement physique, mais il peut y avoir une somatisation non Consciente.

Paramètres de l'entretien SPP

- Ecouter
- Entendre
- Ne pas juger
- Reformuler
- Sectorialiser
- Attentes (insatisfactions)
- Bénéfices secondaires
- Stratégie gagnante / perdante

Ecouter...

- Ecouter c'est déjà laisser la personne terminer ce qu'elle est en train de dire.
- Ecouter, c'est ne pas penser à autre chose lorsque la personne parle
- Ecouter, c'est ne pas penser à la réponse que vous allez faire pendant que la personne parle.
- Ecouter, c'est être au contact avec votre propre réponse générée par l'autre.

- La première chose fondamentale dans l'entretien est de **savoir écouter l'autre.**
- Et pour cela, il faut essayer de ne pas parler quand l'autre parle. Le laisser développer son idée, même s'il est dans un vide momentané.
- C'est comme un point d'appui, il faut voir si ce temps de suspension est fécond ou non, s'il peut donner lieu à expression ou pas.
- Il faut également ne pas penser pendant que l'autre parle. Par exemple, ne pas se dire « il exagère ! » pendant qu'il parle.
- En réalité, **le thérapeute fait un point d'appui de conscience, une apnée de conscience, pendant que l'autre parle, et ce point d'appui est très important pour l'empathie.**

Entendre... et ne pas juger...

*Entendre ce que dit la personne
et non ce que l'on comprend de ce qu'elle dit.*

- *Entendre ce que dit l'autre, c'est-à-dire valider.*

Certaines personnes ne viennent même pas chercher une réponse, il faut juste qu'ils disent à quelqu'un. Ils ont juste besoin qu'on valide leur souffrance. On ne leur dit pas qu'ils ont raison de souffrir, mais on la reconnaît et **on lui donne un espace d'existence.**

- Entendre, cela veut dire aussi que **l'autre se sente compris, le considérer comme valable et en devenir** (Rogers). Ce ne sont pas des mots, c'est vraiment la base de l'entretien.
- **Entendre, c'est aussi ne pas juger ce qui est dit !**

Reformuler...

**Le phénomène de restitution est délicat !
Il ne faut pas seulement écouter, mais restituer.**

- Interpréter la pensée de l'autre est une grande angoisse en psychothérapie. C'est pourquoi on vérifie par la reformulation interrogative : « Est-ce que ce que vous voulez me dire, c'est que... » Et là, dans 80% des cas, la personne dit « non, ce n'est pas ça », ou bien « oui, mais... », et elle précise. Cela lui permet justement de préciser ce qu'elle disait.
- En réalité, on interprète toujours, dans le sens où tout ce que dit le patient génère chez le thérapeute une compréhension. Mais il faut surtout être vigilant à **ne pas interpréter selon un modèle.**
- « Ma reformulation est toujours interrogative, ce qui me permet de ne pas être intrusif. » : « *Vous m'avez dit que vous avez vécu cette situation il y a dix ans et que vous avez réagi comme cela, vous vous retrouvez aujourd'hui dans la même situation. Pensez-vous que si vous utilisez la même stratégie, vous n'allez pas avoir le même résultat ?* »

« Savoir reformuler. C'est pour moi le cœur de l'entretien. » D B

- ✓ On ne demande pas au thérapeute de dire ce qu'il pense et il n'a pas la solution pour quelqu'un d'autre.
- ✓ On n'a pas la réponse et on ne doit pas être en situation de celui qui sait.
- ✓ Dans la restitution, ne pas imposer, ne pas influencer, ne pas être au-dessus de l'autre : « Moi, je sais à ta place. » : C'est ce que j'appelle encourager l'autre.
- ✓ Veiller à ce que le patient ne soit pas soumis à l'interprétation de son thérapeute.
- ✓ On peut donner son point de vue, mais sans laisser penser qu'on détient la vérité.
- ✓ La personne est là pour prendre sa décision elle-même. Elle a besoin d'être validée, renforcée.
- ✓ Être informatif sans être intrusif : le grand défi.

Stratégie Gagnante ou Perdante...

L'attitude interprétative :

- Certaines personnes partent du principe que comprendre la cause de la problématique, c'est régler le problème. Or, on connaît des tas de gens qui ont tout compris et qui sont encore dans la problématique.
- On peut être dans la compréhension et être incapable de faire ce qu'il faut faire pour que ça aille mieux. Comprendre, c'est déceler la cause, mais ce n'est pas forcément un processus de guérison.
- Dans notre approche, nous allons amener la personne à comprendre sa stratégie de fonctionnement, pas la cause de son problème.
« Face à telle situation, vous utilisez telle stratégie. Est-elle gagnante ou perdante ? »

Pour Rogers, un entretien est réussi quand la personne parle depuis son immédiateté.

Nous, nous partons de l'immédiat ...

Nous nous appuyons sur **l'éprouvé, la cognition** en donnant du sens à l'éprouvé.

L'entretien interroge **ce que dit le corps et ce que dit la personne.**

L'attention, la perception sont adaptées à percevoir l'immédiateté, bien mieux que ne le ferait la pensée qui repose sur des représentations.

Evaluation dans l'entretien SPP

I- Ouvrir son attention aux items qui ressortent dans la conversation

Attention à :

- **La prosodie** : Il y a ce qui est dit et comment cela est dit.
- **L'orientation**,
- **Repérer** les propos systématiques, le moment où vous n'êtes pas surpris.
- **L'amplitude** de la réflexion.
- **La sémiotique** : les réactions du langage non verbal c'est-à-dire un lien entre ce qui est dit et le corps.
- **La capacité des gens à entendre les choses qui leur sont dites.**

- Dans l'entretien, *j'interviens quand le langage verbal et le langage du corps ne sont plus en adéquation*. Est-il possible que le corps et la personne ne désirent pas la même chose, et si oui, comment puis-je le repérer ?
- Quand je dis que je fais une psychothérapie à médiation corporelle, je ne dis pas que je pars du corps pour engager une psychothérapie. C'est plus que cela : je valide la demande du corps, je pars de la demande du corps et c'est à partir de la demande du corps que je vais essayer d'amener une adéquation avec la personne.
- Pour nous, la pathologie commence quand le langage de la personne n'est plus en adéquation avec le langage du corps. L'étape ultérieure, plus grave, est quand le corps n'a plus de demande.
- La désensorialisation, c'est quand la demande du corps n'est plus entendue par la personne.
- Parfois, le patient me dit : « vous me faites mal », alors que le corps me dit « appuie encore un peu plus fort ». Qui dois-je écouter ? Moi je valide le corps. C'est un entretien non langagier. Mon point d'appui doit répondre à la demande silencieuse du corps.

II- Evaluation du schème comportemental du patient

- Patient à la première personne

Caractéristiques générales :

- **Impliquée** dans ce qu'elle dit. On peut être très bien impliquée et ne pas tirer de sens de la situation. Etre impliqué ne veut pas seulement dire être touchée.
- Elle semble **tirer du sens** et comprendre ce qu'elle est en train de dire
- Elle **réfléchit à partir de son vécu** et non à partir de ce qu'elle croit, (au nom de ce qu'elle a vécu et non au nom de ses croyances).
- Parle d'elle **dans l'instant**.

- *« Un patient qui parle de lui à la première personne habite son propos, son corps et son geste. Son intonation est juste, sa prosodie est juste. Il accepte sa part de responsabilité. Il saisit un sens nouveau dans ce qu'il dit. Il est concerné par ce qu'il dit, intéressé par ce qu'il dit et surpris par ce qu'il dit. Et surtout, il parle de son présent. » Danis Bois*

• Patients à la 3ème personne

- Est-ce que la personne s'implique dans ce qu'elle dit ou met-elle de la distance ?
- Est-ce qu'elle a une position de victime, consentante ou non consentante ?
- Est-ce qu'elle vous dit toujours la même chose ?

Je me permets d'arrêter l'entretien quand le patient parle à la troisième Personne. Cela se repère à plusieurs critères :

- Caractère **répétitif**.
- **Ne tire pas de sens, d'enseignement** de ce qu'elle dit.
- N'est pas touchée, ni surprise par ce qu'elle dit, et n'exprime pas ses émotions.
- Parle à **l'imparfait**
- Parle d'elle comme si elle parlait de quelqu'un d'autre.
- Prosodie pauvre, son geste et sa parole ne sont pas en adéquation.
- Parle d'elle de manière anecdotique, comme si elle racontait une histoire pour la Xème fois.
- Rejette la responsabilité de son problème sur l'extérieur : « c'est à cause de ... »

Ce serait surprenant de voir qu'une personne qui **s'exclue ainsi de toute sa problématique** puisse être très proche de son corps.

- Quand je repère cela, j'interviens, soit par une thérapie manuelle, soit par un accordage somato-psychique.
- Cela ne sert à rien de parler dans ces conditions-là, on va stagner.
- Il faut que le patient passe du statut 3ème personne au statut 1ère personne.
- Ce n'est pas par le discours verbal que c'est possible.
- Il faut passer par la thérapie manuelle pour que la personne soit touchée dans son silence.

On ne peut pas être touché par sa parole, quand on n'est pas touché par son silence.

Différentes typologies

1. Tempérament négatif pour elle-même, risque de tendance à la culpabilité.

- Personne qui systématiquement prend tout en charge, elle accepte le fait qu'elle a une **responsabilité dans ce qui lui arrive** :
- La prise de conscience de son problème ne modifie pas son comportement, il n'y a pas de possibilité de changement.

2. Intrication : envahissement du passé dans le présent.

- La personne a **perdu sa créativité** et le sent très bien.
- Elle **ne peut plus réinventer sa vie**.
- **Emotive, affective** : palpitation, rougeur
- **Pas de prise de recul possible** : ne peut pas regarder le présent sans que le passé ne l'influence.

3. Désinvestissement par stratégie.

- Ce n'est pas parce qu'elle ne parle pas de son problème qu'elle n'en est pas consciente.
- La personne est tellement touchée que si elle se laisse toucher, elle va craquer. Ce n'est pas un éloignement par indifférence mais elle utilise une stratégie consistant à se protéger.
- Elle est touchée profondément à l'intérieur d'elle, elle le sait, et va prendre une position de défense.
- Si le problème remonte, il fait tout exploser ; et cela elle le sait aussi. Elle va donc prendre une position de distance.

III- L'accordage somato-psychique

Quand la personne tourne en rond autour de la problématique et non autour de la potentialité, on fait un accordage.

- **Accordage somato-psychique manuel**

- La personne mobilise son attention

- **Accordage somato-psychique gestuel**

- La personne mobilise son *attention dans une action physique* en **position assise** puis **debout**

- Sollicite un tonus postural

- mobilisation de la cognition de la personne à travers la perception, l'éprouvé, l'attention, la mémoire

- On utilise un guidage, une *aide manuelle et verbale*

- Puis on travaille en *empathie*

- Yeux ouverts

- Yeux fermés

Accordage somato-psychique cognitif

- A travers l'introspection sensorielle :
 - mobilisation attentionnelle,
 - de la mémoire,
 - de l'éprouvé,
 - des perceptions extéro et proprioceptives.
- Ensuite, on travaille sur le différé :
 - soit vers le passé,
 - soit vers l'avenir

*La peur de l'inconnu est aussi grave que
la peur de ce qui s'est passé.*

Les sept formes d'intelligence selon Gardner



Méthodologie du somato-psychopédagogue

1- But

Notre action porte sur plusieurs pôles :

- Maximaliser les compétences du patient, les instruments internes
- Travailler sur le principe de **l'immédiateté** :
 - Rétablir le contact, la relation avec **le présent**.
 - Rétablir le silence : *Il n'y a pas de présence sans **silence**.*
- **Expérience de l'éprouvé**
 - Créer une méthodologie qui ne permet pas au patient d'être envahi, repris par son passé. La difficulté est de mettre le patient dans l'immédiateté. A travers l'immédiateté on va maximaliser les potentialités du patient.

Notre principe : on met notre patient dans l'immédiateté avant d'aborder le passé ou le devenir.

2- Outils

- Le patient ne sait pas utiliser ses instruments internes : son attention, sa mémoire, tirer un sens de son expérience, n'a pas d'empathie vis-à-vis de lui, ne se ressent pas en tant qu'être organique et vivant, n'est pas touché par la vie qui coule en lui.
- Or il y a une grande phobie du silence et du présent.

2-1 Le contrat :

- **Expliquer :**
 - « Notre pratique consiste d'abord à vous reconnecter à votre présent et à vous faire explorer tout ce qui se passe dans votre immédiateté. Et on ne va pas systématiquement aller rechercher ce qui s'est passé dans votre passé, et si le passé remonte c'est par la médiation du présent, et depuis là éventuellement, aller explorer le passé.
 - On va commencer par maximaliser le potentiel de perception, et cela demande un entraînement. On n'est pas expert de cela. Comment rendre perçu ce qui est imperçu, conscient ce qui est inconscient.
- **Intention :**
 - L'intention du praticien: « qu'est ce que je dois faire ? », doit être aussi claire que son attention : « qu'est ce que je dois regarder ? ».

Le but est d'amener le patient à côtoyer son présent et à maximaliser son potentiel d'action : c'est notre postulat !

2-2 Stratégies de facilitation pour accéder à ces 4 items

Présence, silence, immédiateté, expérience éprouvée

- *Fermer les yeux* et expliquer pourquoi on le fait faire.
- *Guidage manuel*
- *Guidage verbal* associé ou non selon l'état de tension dans lequel est le patient.
- *Verbalisation après l'exercice*. Si la personne a une tâche à accomplir, son attention sera plus grande et elle devra expliciter ce qu'elle a ressenti
 - ✓ Utilisation du témoignage et de l'explicitation
- *Relation empathique* : le thérapeute doit déclencher la relation d'empathie, le patient lui il ne sait pas faire. Dès que vous êtes dans le mouvement interne vous êtes en empathie. Le mouvement interne est déclenché dès que vous êtes en empathie.
- *Intérêt de la lenteur*
- *Gestion de la résistance du patient* : Vous allez soutenir la personne dans sa relation au silence et /ou sa relation aux événements qui peuvent remonter dans le silence, la soutenir par la voix pour que la personne ne se sente pas seule, et soit rassurée

2-3 L'entretien

- Explicitation en temps réel : c'est important de faire apparaître les 1ères fois.
- Explicitation différée : très importante pour travailler la mémoire.

1ère étape : Qu'avez-vous ressenti ? Pouvez vous m'expliquer ?

Quel sens donnez-vous à ce que vous avez ressenti ?

Fait appel à la mémoire et au sens qu'elle donne dans le présent. Elle réactualise son passé et lui donne un sens

dans l'instant présent.

2ème étape : A quoi avez-vous pensé pendant la séance ?

Avez-vous eu le sentiment que c'était vous qui pensiez ou cela se faisait-il à votre grande surprise, une pensée qui remontait à la surface, d'elle-même ? si oui, qu'est ce que vous en pensez, est-ce que c'est la 1ère fois ?

3ème étape : Avez-vous eu des souvenirs ? (Mélange de tout !); Agréables ou non ? A quel moment du soin avez

vous eu ce souvenir ? Quels sentiments cela a-t-il généré ?

- Le piège majeur : (Pour Danis Bois)

C'est d'entendre l'autre avec ses propres repères. Le fait que vous compreniez tout de suite les choses est à mon sens suspect. Même si cela vous paraît limpide, faites préciser afin de vous assurer que vous n'avez pas interprété en fonction de vos propres blessures Si on interprète le patient ne se sentira pas compris. Pour que le patient se sente compris, il faut qu'il est l'occasion de préciser ce qu'il veut dire ce qui permet d'évacuer tous les malentendus afin que ne reste que le noyau central. **Le doute que vous avez est la zone inconsciente de votre patient.** Si ce n'est pas

- La demande du corps et celle du patient
- On agit sur le tonus (surtout d'anticipation)
- Notre entretien est à médiation tissulaire (point d'appui...) Quand on suis le mouvement sans point d'appui, on réalise un entretien libre, on écoute, on n'influence pas
- La point d'appui est le moment où la personne se réapproprie le sens.
- L'accordage somato-psychique

Les invariants de l'entretien:

1. L'écoute
2. Entendre
3. Ne pas juger
4. Reformuler
5. Sectorialiser
6. Attentes/ perspectives
7. Bénéfices secondaires
8. Stratégies gagnantes/
perdantes

Les points clés de la psychologique humaniste :

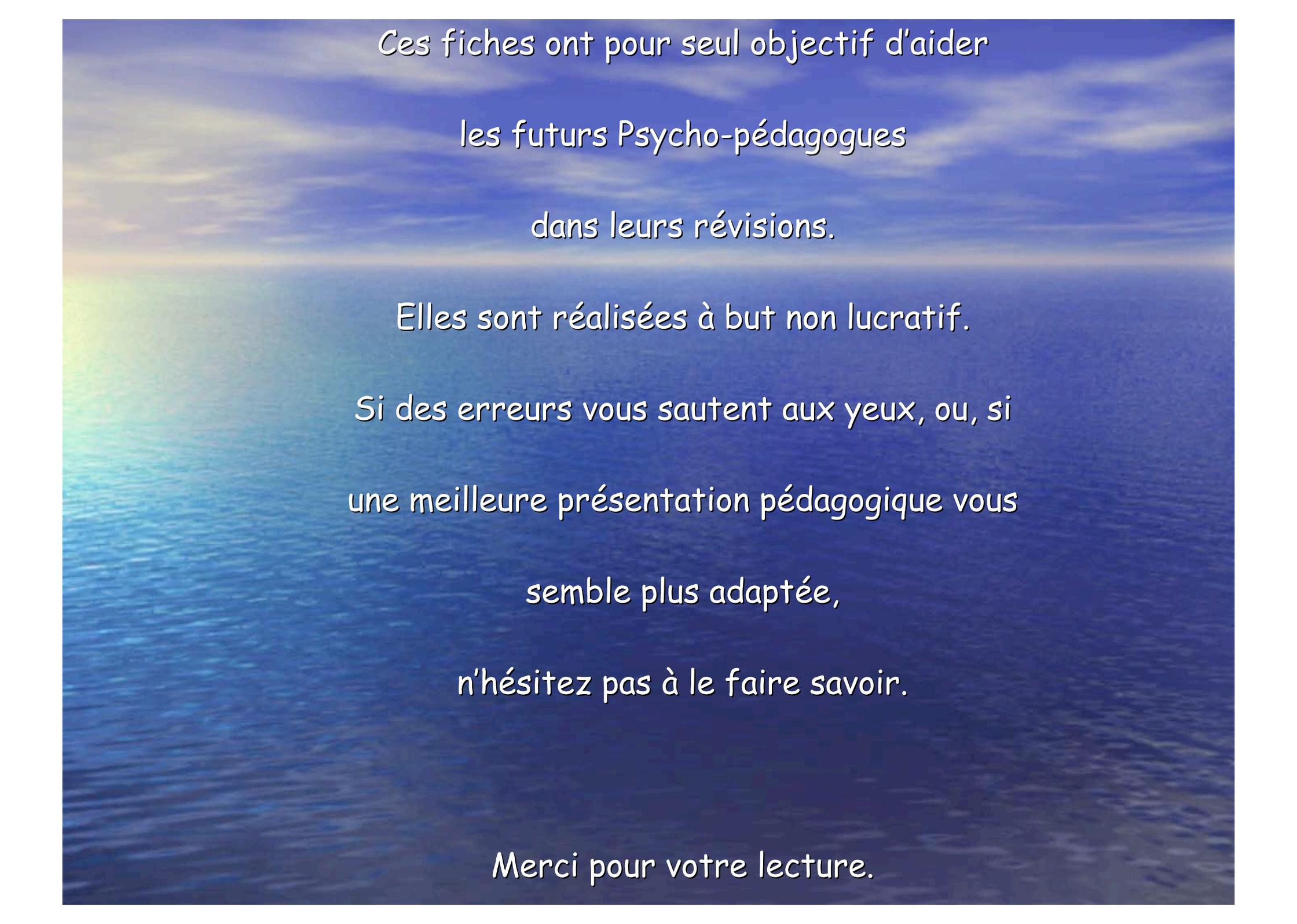
1. Le client est au centre de la psychothérapie
2. La notion expérientielle
3. La relation d'empathie
4. La notion d'immédiateté
5. La notion de processus



**« Pour pénétrer le rapport au
présent, il faut le silence et
la lenteur. »**

DanisBois

Fin...



Ces fiches ont pour seul objectif d'aider
les futurs Psycho-pédagogues
dans leurs révisions.

Elles sont réalisées à but non lucratif.

Si des erreurs vous sautent aux yeux, ou, si
une meilleure présentation pédagogique vous
semble plus adaptée,
n'hésitez pas à le faire savoir.

Merci pour votre lecture.

RÉALISATION

Charles Dufour

RETRANSCRIPTION

Hélène Courraud-Bourhis

Charles Dufour

FIN