

Institut Français de **Psychologie Énergétique** Clinique

**FORMATION EFT
MAITRE PRATICIEN
(4 jours)**

© 2014 IFPEC

+ Présentation et liens d'intérêt

- Jean-Michel Gurret, psychothérapeute, praticien et formateur en EFT
- Fondateur et président de l'IFPEC, Institut Français de Psychologie Énergétique clinique, école de formation à Lyon
- Auteur de 3 livres sur l'EFT (Maigrir avec l'EFT, EFT Libération émotionnelle et Mieux vivre avec l'EFT, c'est malin)
- Traducteur et adaptateur de L'EFT pour les Nuls
- Traducteur du Manuel de l'EFT de Gary Craig
- Co-éditeur du Génie dans vos gènes (Dawson Church) et de la méthode T.R.E. (David Berceley)

+ Cadre de la formation

- Respect de la confidentialité entre participants, pas de divulgation de noms et de détails permettant d'identifier les personnes qui se porte volontaire
- Cadre d'apprentissage : pas de questions bêtes, droit de faire des erreurs
- Bienveillance des uns avec les autres, toutes les personnes ne sont pas au même niveau de connaissance
- Respect du temps de parole et de question : pas de monopolisation de l'espace par une seule personne
- Coupure des téléphones, sonneries et des alarmes, pas de traitement des emails, car perturbe l'énergie du groupe et de la formation
- Pas d'enregistrement audio, ni vidéo

+ Routine énergétique



- Les 3 coups
- Cross crawl
- Posture de Wayne Cook (6 respirations profondes) ou crochet de Cook
- Traction de la couronne
- La purge neurolymphatique
- La fermeture éclair



+
Plan

- Construire l'alliance thérapeutique
- Les attitudes relationnelles du thérapeute
 - ◆ Empathie
 - ◆ Authenticité
 - ◆ Chaleur
 - ◆ professionnalisme
- Communication et relation thérapeutique
 - ◆ Méthode de « 4R »
- Les obstacles à la relation
 - ◆ Réactance-résistance
 - ◆ Symétrie-complémentarité
- Entretien motivationnel



+ Pourquoi s'attarder à l'alliance Thérapeutique ?

- Parce qu'elle joue un rôle important pour l'évolution pendant le traitement
- Parce qu'elle a un impact sur l'engagement et la participation du patient
- Parce qu'elle est liée aux effets du traitement

+ L'alliance joue un rôle important pour l'évolution pendant le traitement

- Les facteurs les plus fortement associés au changement sont par ordre d'importance :
 - La motivation du patient au changement
 - Les facteurs personnels des thérapeutes notamment sa capacité à établir une alliance thérapeutique
 - Les techniques d'intervention
- L'alliance est considéré comme un médiateur du changement (Ruch 2005), une pré condition au fait que les procédures et les techniques aient des effets bénéfiques pour le patient (Botella et al., 2008)

+ L'alliance a un impact sur l'engagement, la participation

- L'alliance prédit l'engagement dans le traitement
- Dans le cas où l'intervenant n'est pas capable d'établir une alliance thérapeutique, l'intervention risque davantage de se traduire par un abandon du suivi ou par une moindre évolution (Horvath et Bedi, 2002)
- Une difficulté à établir une alliance au cours des 3 premières rencontres prédit fortement l'abandon du traitement, au-delà du niveau de difficulté présentées par les patients (Botella et al., 2008)
- L'établissement de l'alliance thérapeutique constitue une priorité, principalement au début du suivi.

+ L'alliance est liée aux effets du traitement

- Des « méta-analyses » qui regroupent plusieurs études, observent une relation importante entre l'alliance et les effets du traitement (atteinte des objectifs visé par les traitements et changements observés).

+ Différence entre l'alliance et la relation thérapeutique ?

- L'alliance est au cœur de la relation thérapeutique, qui est un concept plus large.
- La relation thérapeutique est un terme beaucoup plus large qui englobe une grande variété d'éléments (incluant l'alliance, les comportements et stratégies qui servent à bâtir l'alliance, la cohésion, l'empathie, l'authenticité, le transfert, les préférences, la résistance, l'adaptation, les attentes, etc ...).
- L'alliance est plus ciblée et concerne surtout le lien émotionnel et la collaboration qui se développe entre l'intervenant et son patient.
- L'intervenant et le patient agissent en tant qu' « alliés », partageant un lien affectif, une implication dans le traitement et une certaine attente sur les stratégies de traitement.

+ Une définition de l'alliance selon Bodin (1979, 1983, 1994)

- L'alliance est composée à la fois d'une attente sur les objectifs de traitement, d'une attente sur les moyens retenus pour atteindre ces objectifs, ainsi que d'un lien émotionnel unissant le patient et son intervenant.
- Le lien émotionnel, qui est caractérisé par la confiance mutuelle, le respect et la bienveillance, permet de négocier les aspects plus collaboratifs, qui renforcent eux-mêmes le lien émotionnel et qui sont essentiels à une alliance de qualité



+ Une définition de la relation thérapeutique selon Alford et Beck (1997)

- Alford et Beck (1997) ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle des deux savants travaillant ensemble sur un problème.
- Elle sert de fondement à l'apprentissage qui est lié aussi à la relation thérapeutique et aux changements cognitifs du sujet.
- Cependant, le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie.

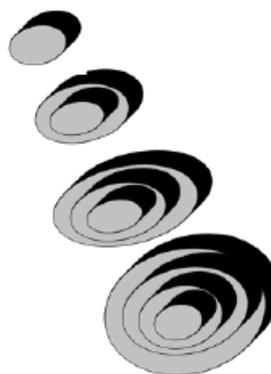
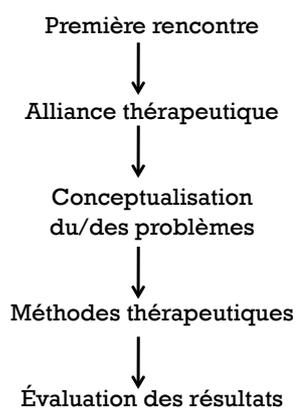
+ Construire l'alliance thérapeutique



+ Construire l'alliance thérapeutique

- L'alliance thérapeutique se fonde sur deux notions :
 - Le patient perçoit son thérapeute comme pouvant lui apporter de l'aide et du soutien.
 - Le patient a le sentiment d'un travail commun et d'une coopération partagée.

+ De l'alliance thérapeutique à l'évaluation des résultats ...

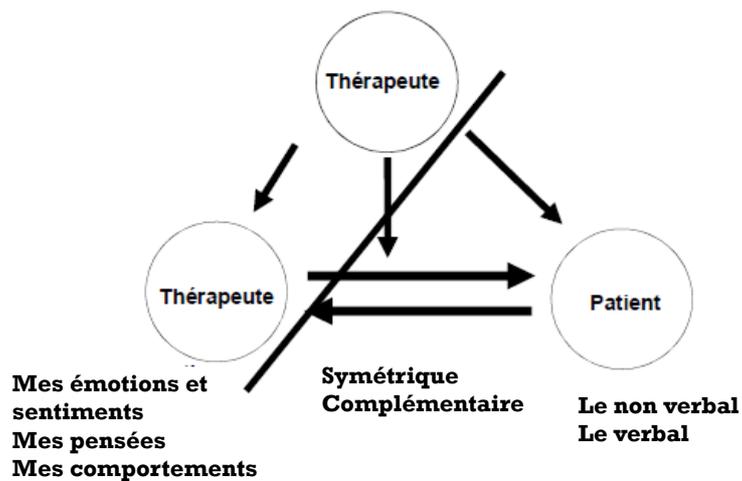


+ Méthode du petit vélo

- Pour mener une observation durant la thérapie :
 - De soi même
 - De la relation qui s'établit avec un ou des patients
 - Du ou les patients
- Il est important de disposer de méthodes
- Un exemple pratique de méthode, « **le petit vélo** »

(Charly Cungi 2006)

+ Méthode du petit vélo



+ Aptitudes du thérapeute

- Les aptitudes d'un thérapeute reposent sur diverses compétences :
 - Ressentir ses émotions et ses sentiments,
 - Repérer ce qui lui passe par l'esprit ainsi que les hypothèses qu'il fait,
 - Observer ce qu'il fait et dit
- Ses émotions, ses pensées, son comportement influencent considérablement :
 - La qualité de l'alliance thérapeutique
 - La conceptualisation des problèmes
 - L'application des méthodes
 - La qualité de l'évaluation

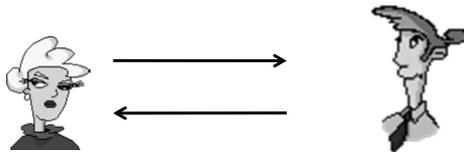
+ Les facteurs en jeu dans l'établissement de l'alliance

- Le rapport collaboratif
- L'empathie
- L'authenticité
- La chaleur et la sympathie
- Le professionnalisme

+ Le rapport collaboratif

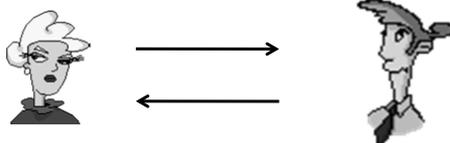
- Préalable à la construction de l'alliance thérapeutique
- Et première étape indispensable du processus thérapeutique

+ Le rapport collaboratif



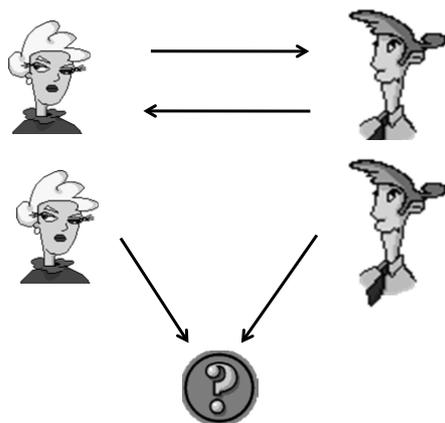
- Quand deux personnes se rencontrent, les facteurs relationnels sont au premier plan
- Par exemple, ce peut être la confiance, la méfiance, le retrait, la séduction ...
- Il s'agit « d'évaluer l'autre »

+ Le rapport collaboratif



- Dans la psychothérapie il en est de même
- Tant que les facteurs émotionnels prédominent, le processus thérapeutique ne peut pas s'engager
- Le plus souvent les effets de résistance et de réactance seront au premier plan
- Cela est normal

+ Établir le rapport collaboratif



Passer du stade : **Deux personnes « qui s'évaluent »**

Au stade : **Deux personnes « qui travaillent ensemble pour résoudre les problèmes »**

+ Attitudes et qualités du thérapeute favorisant l'alliance (C. Rogers 1962)

Empathie		Professionnel
Aptitude à bien percevoir la réalité que vit le patient		Statut
Authentique		Compétences
Aptitude pour se sentir à l'aise		
Chaleureux		
Aptitude pour trouver le patient sympathique		

+ L'empathie : base de l'alliance thérapeutique

- Définition de l'empathie
 - L'empathie , c'est la reconnaissance exprimée et sincère de ce que l'interlocuteur exprime et ressent sans pour autant l'approuver systématiquement
 - L'empathie est une attitude globale reposant sur un savoir faire comportemental, verbal et non verbal, mais s'appuyant sur une acceptation non critique de la souffrance et de la vision du patient

+ Face à l'émotion de mon patient

■ A-PATHIE

- « Ah, bof... »
- Non prise en compte des émotions et points de vue du patient

■ ANTI-PATHIE

- « Mais non, mais non »
- Tentatives pour corriger ou rectifier les émotions et points de vue du patient

+ Face à l'émotion de mon patient

■ SYM-PATHIE

- « Ouh là là, en effet... »
- Excès d'approbation et de proximité avec les émotions et points de vue du patient.

■ EM-PATHIE

- « je comprends bien que... »
- Prise en compte exprimée des émotions et points de vue du patient, sans pour autant les approuver

+ Les différents degrés d'empathie

- Faible
 - Oui mais...
- Moyen
 - Je comprends bien mais...
- Fort (spécifique)
 - Je comprends que pour vous ce soit difficile de ...

+ Les relances empathiques...

- Outil de base : la REFORMULATION, qui montre que l'on a écouté son interlocuteur
 - « Si je comprends bien, vous vous sentez au bout du rouleau »
- Mieux : La REFORMULATION EMPATHIQUE, qui montre à son interlocuteur que l'on a aussi fait l'effort de comprendre son point de vue « de l'intérieur »

+ La reformulation empathique

- « Je comprends tout à fait que ce soit difficile pour vous de continuer dans ces conditions... »
- « Je me doute que ce sentiment d'être incompris par votre entourage ne doit pas vous aider... »
- « Je me rends bien compte que ce que je vous demande ne vous fait pas plaisir... »
- « Je peux me mettre à votre place, c'est vrai que ce n'est pas agréable de devoir prendre un traitement pendant plusieurs mois... »

+ Les dimensions en jeu dans le processus de communication avec le patient

- Un aspect stratégique, centré sur l'information
 - Pour atteindre l'objectif thérapeutique:
 - questions pour recueil d'informations,
 - consignes comportementales ou médicamenteuses,
 - explications sur le trouble ou le traitement)
- Un aspect relationnel centré sur l'émotion
 - Adoption d'une attitude empathique témoignant d'une écoute et d'un respect des émotions et des opinions du patient, même si le thérapeute ne les approuve pas toujours.

+ Importance et limites de l'empathie

- L'empathie est préférable de façon générale, mais il est parfois légitime d'exprimer de l'a-, anti- ou sym-pathie
- L'empathie doit correspondre à une attitude globale (comportementale, cognitive et émotionnelle) du médecin, et pas seulement à un "truc" d'écoute active qui serait de commencer toutes ses phrases par « je comprends, mais (encore que cela puisse être un bon début...).
- A ce titre, elle doit notamment s'accompagner de comportements non verbaux adaptés (regard, mimique, position du corps).

+ Importance et limites de l'empathie

- Elle n'a pas à être systématique à chaque phrase du patient, mais elle est indispensable à certains moments (émotions fortes, désaccords, manque d'informations...)
- L'empathie n'est pas une option thérapeutique à elle seule, elle ne fait qu'accompagner une stratégie décidée par le thérapeute (recueil d'informations, prescriptions médicamenteuses ou comportementales, etc.).

+ Quand utiliser l'empathie ?

- Moments où le patient manifeste de la souffrance , du désarroi, ou toute forme d'émotion intense
- Moments de désaccord, ou de divergence de points de vue entre thérapeute et patient
- Patient réticent...

+ Les bénéfices de l'empathie

- Pour le patient
 - Sentiment d'être compris, écouté, accompagné, d'avoir un thérapeute proche de lui
- Pour la prise en charge thérapeutique
 - Facilitation du recueil des données cliniques
 - Amélioration de l'observance des consignes et des prescriptions
- Pour le thérapeute
 - Un confort émotionnel accru

+ L'authenticité

- Aptitude pour se sentir à l'aise
- Parfois nommée : la congruence
- Etymologie double
 - Du latin, *sympathia*, « accord, affinité »
 - Du grec, *sumpatheia*, « participation aux souffrances d'autrui, communauté de sentiments » (« *sum*, avec et *pathein*, souffrir, éprouver, sentir »)
- La question à se poser :

Suis je à l'aise avec le patient, avec les émotions que je ressens ?

+ Les trois niveaux de l'observation de ce que je ressens



- Les sensations physiques
- Les émotions
- Les sentiments



+ L'authenticité



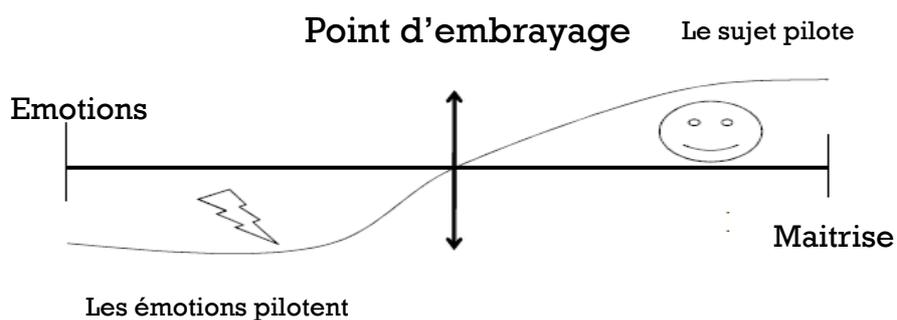
■ Mes sensations physiques

- Observer les tensions musculaires, les changements de rythme cardiaque, les sensations corporelles, accompagnant mes émotions, parfois les précédant,
- **Me met en éveil pour observer ce qui se passe.**

+ Mes émotions

- C'est ce que je ressens et qui n'a pas besoin de mots (Je me sens anxieux, irrité, content etc.)
- Les êtres humains, comme les animaux, éprouvent des émotions, lesquelles sont très proches des sensations physiques: l'angoisse, la colère, la douleur, le dégoût, le plaisir, le calme.
- Ces émotions (étymologiquement mettre en mouvement) sont probablement l'une des premières interfaces entre un être vivant et le monde extérieur.
- Elles signalent un danger, avertissent d'une action à effectuer, indiquent la nécessité d'un repos pour récupérer des efforts fournis.
- Durant une thérapie, elles sont un bon indicateur pour modifier la conduite à tenir et éventuellement mettent en évidence les compétences à acquérir.

+ Mes émotions



+ Les émotions

- Il importe d'identifier rapidement les émotions.
- Il est effet remarquable de constater qu'au-delà d'une certaine importance elles ne peuvent plus être raisonnées mais seulement calmées par l'entraînement de méthodes spécifiques.
 - Par exemple, si une personne ressent de la fureur (le maximum de la colère), ses pensées sont furieuses et elle ne peut plus raisonner. Une personne en état de panique n'a que des pensées de panique.
- Même avec des émotions d'intensité moindre et en l'absence d'un véritable entraînement au *self-control*, la capacité de réfléchir et d'agir raisonnablement est réduite. Les émotions commandent et le risque de perdre le contrôle s'accroît.

+ Les émotions

- Il ne s'agit pas seulement d'une métaphore : en voiture, en cas de dérapage sur une plaque de verglas, mieux vaut disposer du savoir-faire émotionnel et comportemental d'un pilote de course que de celui du conducteur moyen. Ce pilote garde son sang froid et accomplit une suite d'actions nécessaires pour limiter les dégâts.
- De même, un thérapeute qui dispose d'un bon entraînement pour se calmer en situation (Savoir faire une « crise de calme ») saura mieux utiliser ses compétences; aura un meilleur accès à sa sensibilité et pourra mieux utiliser ses aptitudes intellectuelles et comportementales

+ Être sensible n'est pas être réactif émotionnellement



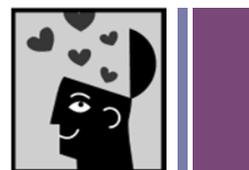
- Nous ne sommes jamais assez sensibles mais souvent trop réactifs émotionnellement
- Bien **repérer et contrôler ses émotions donne un meilleur accès à l'affectif et aux aptitudes intellectuelles.**
- Dans notre métier Il vaut mieux aimer les gens et aimer régler les problèmes...
 - *Ou bien il vaut mieux changer de métier !*

+ Les sentiments



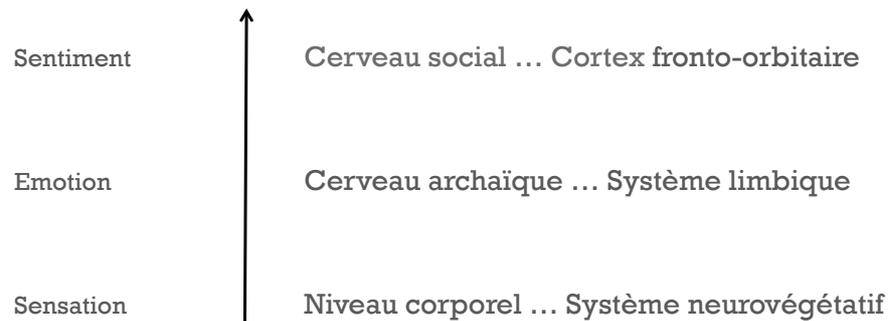
- Les sentiments ne sont pas les émotions.
- Même si la « frontière » n'est pas nette entre sentiments et émotions, un sentiment se différencie considérablement d'une émotion, tant au niveau biologique que psychologique.
- Il est une représentation plus complexe d'un état intérieur, parfois difficile à définir au niveau cognitif, mais clairement ressenti.

+ Les sentiments



- Ils sont très nombreux: sentiment d'abandon, de solitude, d'échec, de rejet, de culpabilité, de honte, de trahison, d'impuissance, de vacuité, de plénitude, d'harmonie, de béatitude, d'amour, de haine .
- Une émotion peut exister sans sentiment, l'inverse n'est pas possible;
- Un individu qui ressent de la culpabilité peut observer quelles émotions (l'anxiété ou l'irritabilité etc.) l'accompagnent;
- Le repérage des sentiments nous apporte une idée plus précise concernant **nos hypothèses personnelles, nos représentations, leur influence sur la thérapie;**
- Cela facilite le tri entre les éléments provenant du thérapeute et ceux provenant de la thérapie et ainsi d'adapter la conduite à tenir.

+ Echelle d'élaboration des émotions



+ La chaleur et la sympathie

- La capacité à trouver le patient sympathique
- Apprécier le patient, se montrer amical, démontrer un souci pour lui ...
- La question à se poser
 - Suis-je assez chaleureux ?
 - Le patient m'est-il sympathique ?



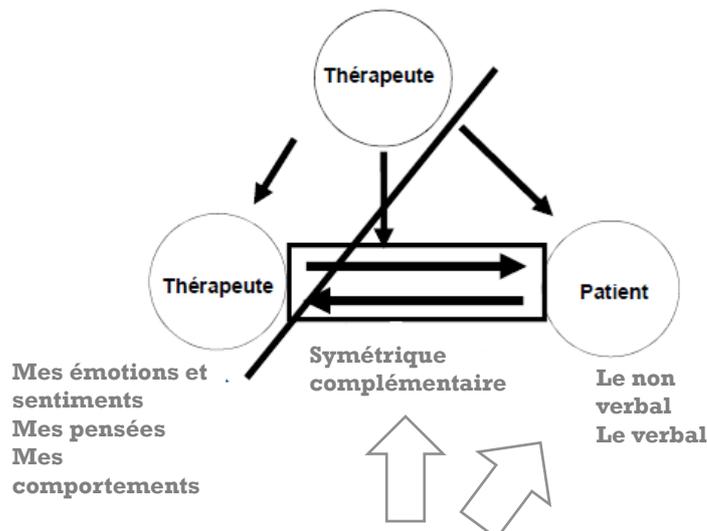
+ Le professionnalisme

- On n'a pas le droit d'être fatigué quand on est psychothérapeute !
- Pour ne pas aggraver le problème de son patient, il faut
 - S'occuper de ses propres émotions
 - S'occuper de ses pensées automatiques
 - Se forcer à trouver quelque chose de sympathique chez son patient !
- Avoir le regard sur tout
 - Sur le patient
 - Sur l'objectif
 - Sur soi (l'individu et le thérapeute)

+ Être professionnel, c'est aussi :

- Donner des informations sur le traitement, les rôles de chacun et le rationnel des interventions et des règles;
- Établir clairement les attentes et standards;
- Proposer des objectifs et des tâches qui reflètent adéquatement les besoins et les capacités des patients et de leur entourage
- Prendre en considération les idées des patients (et jeunes en particulier) et leur offrir des opportunités de s'impliquer dans les décisions.

+ Communication et relation thérapeutique



+ La relation

- Une bonne relation c'est bien communiquer avec son patient
- Bien communiquer c'est avoir de bonnes compétences professionnelles
 - Par la meilleure information des patients et une plus grande exigence de leur part
 - Évolution vers des exigences de consommateur
 - Évolution de la technicité au détriment de la relation humaine
 - Bien communiquer c'est avoir de bonnes compétences sociales

+ Comment fonctionne la communication ?

- Une bonne communication :

Message émis = Message reçu

+ Comment fonctionne la communication ?

- Une mauvaise communication

Message émis \neq Message reçu

- Les trois niveaux de distorsion
 - Entre ce que l'émetteur pense et ce qu'il dit
 - Au niveau des interférences possibles entre l'émetteur et le récepteur
 - Entre ce que le récepteur reçoit du message et ce qu'il interprète

+ Les composantes de la communication

- Composante verbale
 - Le contenu du discours
 - Le vocabulaire
 - Les règles grammaticales
- Composante non verbale
 - La façon de regarder
 - Le sourire
 - Les gestes

+ Les composantes de la communication

- Composante non verbale
 - Donne du sens au message
 - Rend plus « vrai » le contenu
 - Influence de l'éducation et de la culture

+ Comment écouter ?

« Ecouter c'est qu'il y a de mieux pour bien entendre »

Beaumarchais

- Une bonne écoute :

>>>> Message reçu = Message émis

- Une mauvaise écoute

>>>> Message reçu # Message émis

+ Comment écouter ?

- L'écoute flottante

- Le sujet qui écoute ne participe pas
- Le sujet qui écoute n'encourage pas
- Le sujet qui écoute ne donne pas son avis

- L'écoute active

- Le sujet vérifie le contenu du message de l'interlocuteur
- Le sujet vérifie que le message émis a bien été reçu
- Le sujet verbalise ce qu'il a compris du non verbal de son interlocuteur

+ Le style socratique

- Des questions ouvertes
 - Qui , que, quoi, où, comment, qu'est ce qui, qu'est ce que...
- Des questions semi ouvertes
 - Y a-t-il autre chose qui vous pose problème ?
 - Souhaitez vous parler d'autre chose ?
- Des questions inductives
 - Pour rechercher de l'information
- Un questionnement socratique
 - Pour aider le patient à élargir sa perception de la réalité
 - Pour aider le patient à s'auto évaluer et à argumenter ses prédictions
 - Pour éviter toute interprétation

+ La technique « des 4 R »

- Recontextualiser
- Reformuler
- Résumer
- Renforcer

+ La technique « des 4 R »

- Recontextualiser
 - Par les questions ouvertes
 - *Qui, que, quoi, où, avec qui, pourquoi...*
 - En étant toujours d'accord avec ce que ressent le patient
 - *Je vais très mal ... effectivement vous allez très mal*
 - En restant centré sur le problème
- Reformuler
 - C'est reprendre les mots du patient
 - *Vous allez très mal ... à quel moment allez vous le plus mal?*
 - *J'ai paniqué... vous avez eu peur de mourir ?*

+ La technique « des 4 R »

- Résumer
 - Systématiquement en fin de séance
 - Et quand on ne sait plus quoi dire
- Renforcer
 - Prendre l'habitude de le faire

+ Les obstacles à l'alliance thérapeutique

- Il faut surveiller les tensions et les « réparer » ! Les tensions dans l'alliance ne sont pas toujours faciles à repérer, alors il faut garder l'oeil ouvert.
- Les intervenants et les patients n'ont pas toujours la même opinion sur la force de l'alliance. Il importe donc de s'enquérir du point de vue des patients .
- Une fois identifiée, le fait de discuter de la tension et de ses causes peut aider à désamorcer la situation. Il importe que les patients se sentent compris et considérés par l'intervenant.

+ Les obstacles à l'alliance

- Le style relationnel s'ajuste au fur et à mesure de l'interaction entre le patient et le thérapeute. Tant que la relation pose problème, le processus thérapeutique ne peut pas s'engager, en lien avec des phénomènes de **résistance** et de **réactance**. **De préférence, ces difficultés seront** abordées au fur et à mesure qu'elles se posent.
- Au cours de l'entretien, la relation pourra se faire de deux façons soit en **symétrie** soit en **complémentarité**.

+ La résistance

- La résistance correspond aux facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent ou mettent en péril la mise en place et le déroulement du processus thérapeutique. Cette résistance peut être le fait du patient mais aussi du thérapeute voire des deux.
- Cette notion de résistance est subtile. Elle n'est pas clairement exprimée, il s'agit d'un véritable masque donnant l'impression d'une coopération, camouflant en réalité une absence de volonté que le thérapeute doit évoquer rapidement.

+ La réactance

- La réactance correspond à une opposition franche, directe et clairement observable
- Cette « théorie de la réactance de Brehm » (1981) explique comment une personne dont la liberté personnelle est réduite ou menacée tend à vouloir retrouver une certaine marge de manœuvre et à défendre le comportement nuisible.
- Paradoxalement, lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement nocif augmente pour le patient .
- C'est ce que l'on observe lorsque des stratégies d'interventions confrontantes sont utilisées.
- Elles peuvent avoir un effet à court terme sur le comportement de dépendance, mais peu persistant à long terme.

+ Une relation symétrique

- Lors d'une relation symétrique, le patient et le thérapeute adoptent un **comportement en miroir**.
- C'est une forme d'opposition où thérapeute et patient ne vont pas dans le même sens.
- Il s'agit d'une escalade dans laquelle chacun essaye de convaincre l'autre.
- Cette relation symétrique n'est pas nécessairement agressive, elle peut être tout à fait respectueuse sans pour autant conduire à une compréhension réciproque.

+ Une relation complémentaire

- Une relation complémentaire consiste à adopter un **comportement qui complète celui de l'autre**.
- Dans ce cas là, le patient et son thérapeute se montrent d'accord, ils vont dans le même sens.
- Ce type de relation peut, malgré l'apparence, masquer de fortes résistances au changement.
- Le patient ne souhaite pas contredire son thérapeute, de même que le thérapeute souhaite ne pas brusquer son patient.

+ Comment ajuster son style relationnel ?

- L'observation du sens relationnel en symétrie ou en complémentarité permet de comprendre comment faire avancer la relation thérapeutique.
- Ainsi, lorsque la relation symétrique (sens opposé) est prédominante, il conviendra au thérapeute d'être complémentaire.

+ Comment ajuster son style relationnel

- Pour cela, il peut utiliser les techniques d'affirmation de soi, se calmer, écouter attentivement en quoi l'interlocuteur a raison ou quelles sont les raisons de cette opposition, se montrer très empathique, pour débloquer la situation et revenir à une situation plus complémentaire.
- Lorsque la relation complémentaire (même sens) est prédominante, le thérapeute peut adopter à ce moment-là un comportement en miroir de celui du patient c'est-à-dire reprendre une attitude symétrique.
- Il est possible aussi d'accentuer la complémentarité en adoptant soit une position haute soit une position basse qui permet ainsi au patient de changer d'attitude.

+ Bibliographie

- Alford, Ba. Beck, At. (1997) The integrative power of cognitive therapy. New York : Guilford Press.
- Bandura A., Auto efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, Éditions De Boeck, Bruxelles, 2003.
- Chambon O., Marie-Cardine M., Les bases de la psychothérapie, Éditions Dunod, Paris, 1999.
- Cungi C., L'alliance thérapeutique, Éditions Retz, 2006.
- Deneux A. et coll., Les psychothérapies: approche plurielle, Elsevier Masson, 2009
- Fanget F., Affirmez-vous pour mieux vivre avec les autres, Éditions Odile Jacob, 2000, 2002.

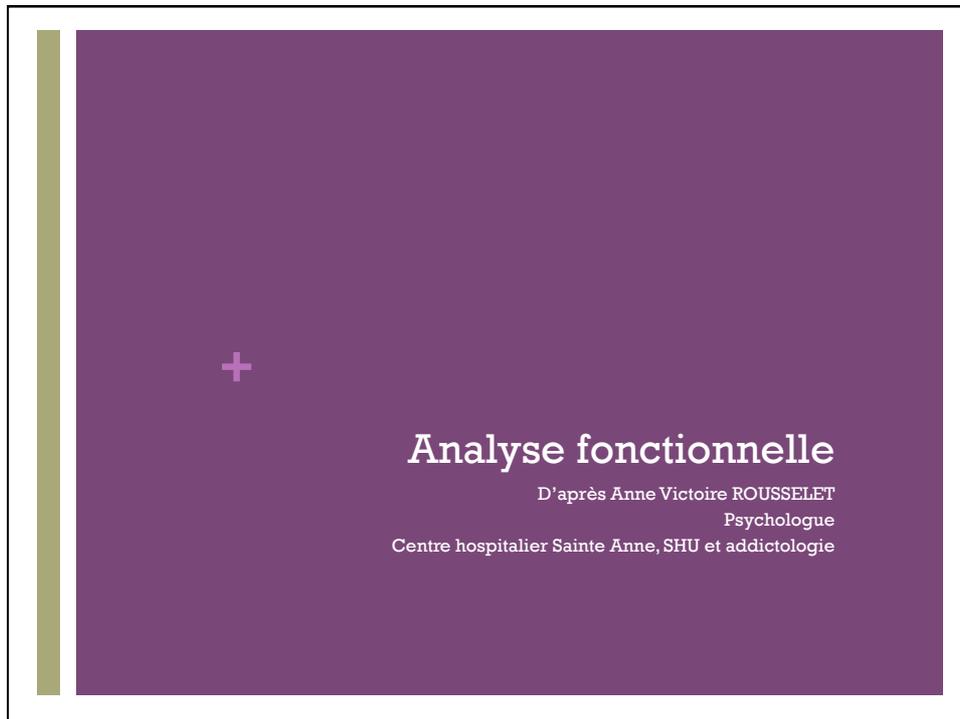
+ Bibliographie

- Fanget F., Rouchouse B., L'affirmation de soi : une méthode de thérapie, Editions Odile Jacob, 2007.
- Freud. (1912) La dynamique du transfert, la technique psychanalytique Paris PUF
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy, 27(2), 143-153
- Rogers Carl, Le développement de la personne, Dunod 1966
- Sloane, R. Bruc, et al, American Journal of Psychiatry, vol 132 (4), avril 1975, 373-377



+ Cadre de la pratique supervisée

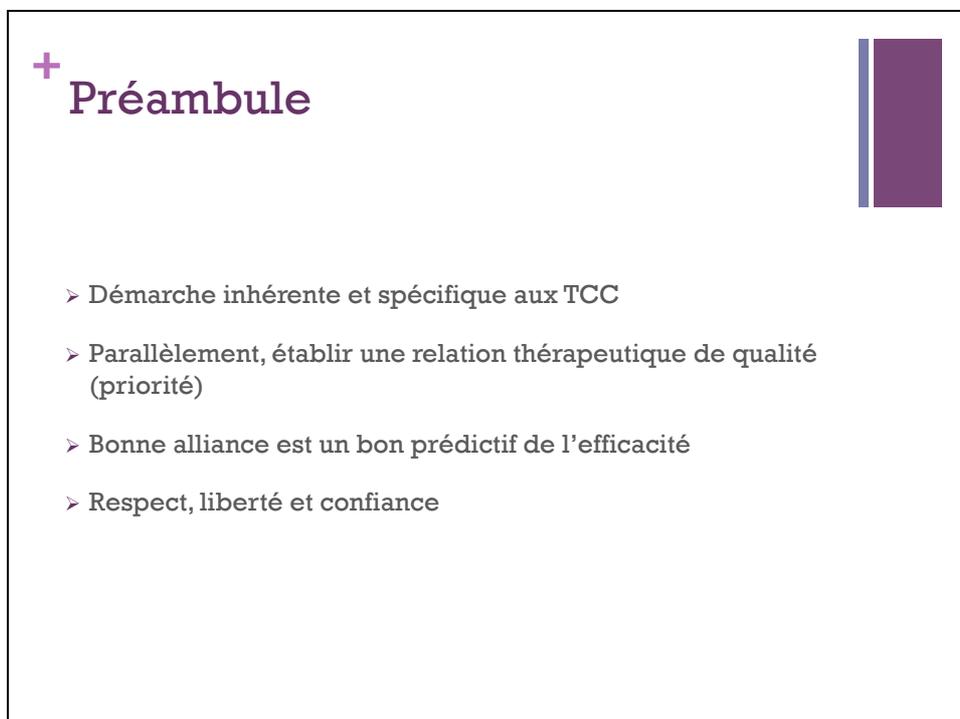
- Cadre d'apprentissage : droit de faire des erreurs
- Bienveillance des uns avec les autres, toutes les personnes ne sont pas au même niveau de pratique
- Relation privilégiée entre le Praticien et son client/patient : les observateurs restent silencieux et prennent des notes
- Pas de retours du genre « tu aurais du faire ci ou ça », mais « en situation de praticien, j'aurai fais ci ou ça et je me demande si c'est approprié ».
- Le formateur chronomètre la séance et prévient le praticien lorsqu'il ne reste plus que 5 minutes.



+

Analyse fonctionnelle

D'après Anne Victoire ROUSSELET
Psychologue
Centre hospitalier Sainte Anne, SHU et addictologie



+ Préambule

- Démarche inhérente et spécifique aux TCC
- Parallèlement, établir une relation thérapeutique de qualité (priorité)
- Bonne alliance est un bon prédictif de l'efficacité
- Respect, liberté et confiance

+ Définition de l'Analyse Fonctionnelle

- A partir des modèles théoriques (lois de l'apprentissage et cognitives)
- Etude de la problématique du patient par une évaluation objective de :
 - Comportements, pensées et émotions
 - Relations interpersonnelles
 - Situation problème
 - Stimuli déclencheurs et conséquences

+ Objectifs de l'Analyse Fonctionnelle

- Compréhension de la souffrance actuelle et des mécanismes sous-jacents à cette dernière (schémas, réponses comportementales)
- Identifier et comprendre les symptômes
- Les facteurs de maintien
- Établir une ligne de base
- Hypothèse fonctionnelle et explicative
- Définir les cibles thérapeutiques

+ Caractéristiques de l'AF

- Diachronique
- Synchronique
- Structurée
- Centrée sur UN comportement problème à la fois
- Évaluation
 - Du problème
 - De la perception du problème et
 - Des attentes du patient

+ Comment recueillir les données ?

- Poser des questions ouvertes
- Utiliser la reformulation, des termes simples, des phrases courtes
- Éviter la suggestion, les doubles négations
- Guider le patient dans la description des situations problèmes
- Être attentif au mode de la relation que le patient établit avec le thérapeute (comportement non-verbal)

+ Comprendre le comportement problème

- Prise en compte des :
 - Mécanismes d'apprentissage (renforcements positifs, négatifs, punitions, modeling)
 - Expériences et traumatismes
 - Contingences (contexte d'apparition)

Pourquoi le comportement a été mis en place et pourquoi il se maintient ?

+ Les éléments de l'AF

- Le comportement problème
 - (le définir avec précision)
- Son histoire
- Les émotions et les pensées qui accompagnent ce comportement
- Les conséquences (le patient et l'environnement, relations interpersonnelles)
- Les facteurs de maintien et la motivation

+ Objectifs

➤ Mettre à jour :

- Les schémas cognitifs
- Les règles de fonctionnement du patient
- Donner du sens et lier les comportements, les pensées et les émotions du patient

+ 1. Lister les problèmes

➤ Comportements problèmes

➤ Outils (mesures directes et indirectes) :

- Auto-enregistrements
- Questionnaires
- entretiens

➤ Description précise et concrète :

- Situation déclenchante,
- Émotions et cognitions associées,
- Comportements mis en place

+ 2. Hypothèse cognitive

- Les hypothèses sont émises par le thérapeute mais aussi par le patient
- Puis vérification et modification au cours de la thérapie
- Elles cherchent à :
 - Lier croyances et comportements
 - Antécédents et conséquences du problème
 - Identifier les schémas à l'œuvre

+ 3. Relation avec le comportement problème

- Etablir un lien entre l'hypothèse cognitive et les comportements
 - Comment les schémas, les croyances influencent les comportements et les émotions
 - Donner un sens aux expériences émotionnelles vécues

+ 4. Origines des schémas cognitifs

➤ Identification et explication des facteurs précipitants les troubles

- Évènements traumatiques
- Étapes développementales
- Environnement éducatif
- Relations interpersonnelles
- Contextes physiques

+ 5. Programme thérapeutique

➤ Proposition et description de la prise en charge TCCE (rythme, contexte, ...)

➤ Explication

- Des méthodes et outils
- Des difficultés susceptibles de survenir
 - En lien avec les schémas
 - Avec l'entourage

+ Conceptualisation du cas

- Synthèse de l'évaluation
- Le patient = co-thérapeute
- Doit avoir accès à ces informations
- Elaborer un schéma ou un texte qui résume cette étape
(= point de départ de la thérapie)
- Discutée avec le patient
- Permet d'établir un contrat thérapeutique

+ Modèle SECCA : exemple 1

situation, émotions, cognitions, comportements, anticipation

- Données structurales possibles
 - Figures d'attachement: mère anxieuse et père effacé
 - Inhibition comportementale depuis la petite enfance : préférence pour les activités statiques
 - Hypersensibilité et émotivité importante
- Facteurs historiques de maintien possibles
 - Injonctions maternelles sur le fait de bien s'exprimer, respecter les règles de politesse, donner aux autres une bonne image de la famille
 - Surprotection maternelle : pas de développement de l'autonomie
 - Indifférence paternelle ressentie par Thomas
 - Soumission de Thomas aux exigences de sa soeur soutenue par les comportements parentaux
- Facteurs déclenchant initiaux invoqués
 - Difficultés ressenties dans toutes ses relations aux autres, mais souvent compensées ou évitées par l'intervention de sa mère
 - Timidité depuis la petite enfance
 - Sentiment d'être seul

+ Modèle SECCA : exemple 1

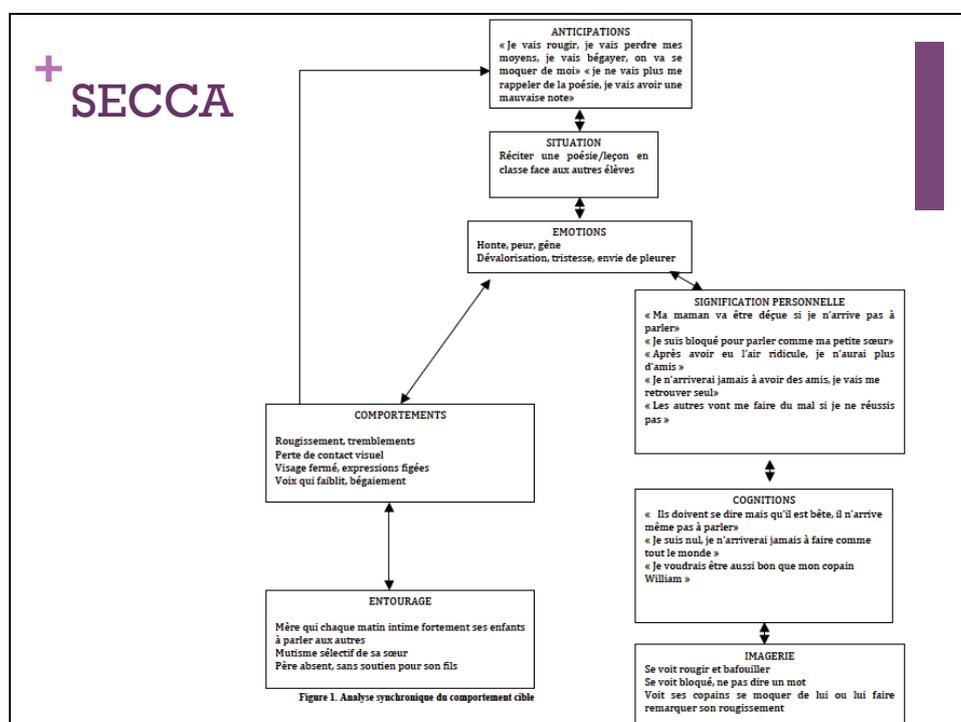
situation, émotions, cognitions, comportements, anticipation

■ Evénements précipitant les troubles

- Remarques de sa maîtresse sur sa timidité et moqueries de ses camarades sur son rougissement
- Moqueries paternelles
- Isolement de plus en plus grand
- Incapacité de sa soeur à parler en classe
- Difficulté à répondre aux attentes de sa mère qui souhaiterait le voir communiquer davantage
- Difficulté dans sa responsabilité d'aîné vis-à-vis de sa soeur (l'aider à parler, la défendre)

■ Autres problèmes :

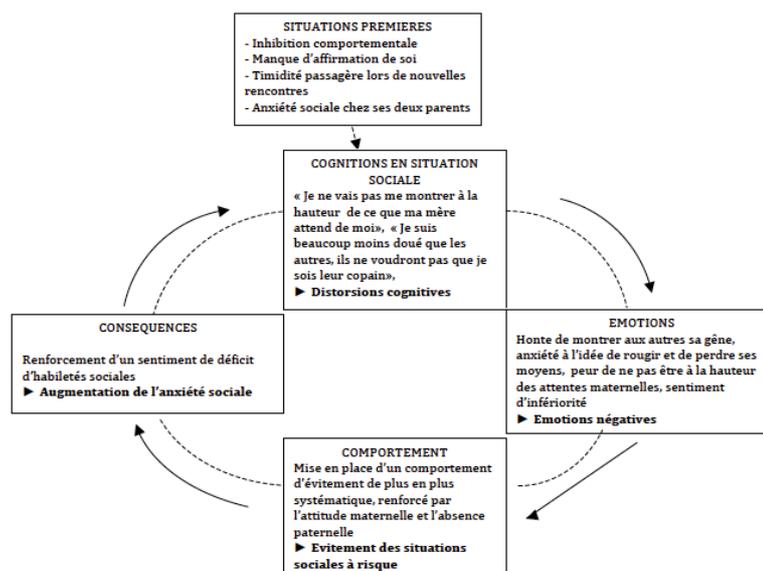
- Déficit d'affirmation de soi
- Sentiment de ne pas être à la hauteur



+ Cercle vicieux de Cungy

- Étaient présents chez Thomas des éléments confirmant la préexistence d'un caractère timide, les moqueries et remarques auxquelles il a fait face ont fait naître chez lui un sentiment de honte. En outre, sa difficulté à répondre aux injonctions maternelles a amplifié son sentiment d'infériorité et d'incapacité en situation sociale. Ce vécu cognitif et émotionnel négatif a donc installé la symptomatologie anxieuse de Thomas.

+ Cercle vicieux de Cungy



+ Cercle vicieux de Cungy

- Ce cercle vicieux permet de mettre en évidence le passage d'un tempérament timide chez Thomas vers la mise en place d'évitements phobiques.
- Les attitudes parentales d'évaluation négative, de surprotection vis-à-vis de l'environnement et de tendance à la critique vis-à-vis des comportements sociaux de Thomas ont certainement contribué à l'accroissement de ses distorsions cognitives et à l'augmentation de son manque de confiance en lui en situation relationnelle.

+ Exemple n°2 : anamnèse

- Monsieur Bleu est un ancien légionnaire (« 25 ans et 15 jours de légion », précise-t-il) de 59 ans. Lors de notre première consultation, il est hospitalisé depuis 6 mois. Il pèse alors 90 kilos et mesure 1,82 m. Il a perdu 12 kg suite à un rééquilibrage alimentaire proposé par le médecin de la clinique. Il fume une dizaine de cigarettes par jour et ne consomme pas d'alcool. Il est habillé en survêtement tâché, en Tongue, les pieds nus. Il parle peu et reste sur la réserve. Il a été adressé à la clinique par le service psychiatrique du CHU Nord de Marseille où il a été hospitalisé à la suite d'un malaise alors qu'il était SDF dans le métro. Il est pris en charge à la clinique dans le cadre « d'une recrudescence anxieuse d'un syndrome de stress post-traumatique en rupture de soins ». Il avait déjà fait un séjour à la clinique Valfleury de 3 mois qu'il avait quitté en février 2013. Il est célibataire et sans enfant.

+ Histoire de vie, éléments biographiques, histoire de famille

- Monsieur Bleu est le cadet d'une fratrie de 3 garçons. Il est né en 1954 en France, d'un père serbe et d'une mère croate. Ses parents se sont battus contre les nazis aux côtés de Tito, puis ont émigré en France. Son père travaillait dans les mines de Fer dans l'Est de la France. Puis, il rejoint la légion étrangère pour combattre en Indochine. Lors de son retour, 5 ans plus tard, il reprend alors son travail de contremaître dans les Mines. Il est devenu violent et bat régulièrement sa femme jusqu'au sang. Monsieur Bleu se rappelle avoir retrouvé plusieurs fois sa mère dans « une mare de sang » et ce dès l'âge de 5 ans. Son père est décédé en 1973.
- Sa mère est décédée en 2011, elle était femme de ménage et Monsieur Bleu n'avait plus de contact avec elle.

+ Histoire de vie, éléments biographiques, histoire de famille

- Il s'entend très mal avec son frère aîné qui le bat dès son plus jeune âge. Aujourd'hui, il n'a plus aucun contact avec ses deux frères.
- Monsieur Bleu a été scolarisé jusqu'à l'âge de 16 ans. Il a fait plusieurs fois des fugues dans son enfance et son adolescence pour échapper à la violence de son père et de son frère aîné. Il a vécu dans la rue comme SDF, plusieurs fois dans sa vie. « J'ai fait beaucoup de bêtises quand j'étais jeune : je buvais, je me suis drogué, j'ai fait de la prison et je me suis beaucoup battu » explique t-il. « À 21 ans, pour échapper à une nouvelle incarcération, je suis rentré à la légion étrangère ».
- Il a effectué un grand nombre de missions, a tué plusieurs personnes dans ce cadre militarisé. Deux missions l'ont particulièrement marqué : la libération des otages à Djibouti en février 1976 et lors de l'épuration ethnique à Srebrenica en Bosnie Herzégovine où il servait en tant que casque bleu, en 1993.

+ Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens

- Monsieur Bleu a eu un premier contact avec la psychiatrie à l'âge de 20 ans lors d'une hospitalisation dans l'Est de la France alors qu'il était SDF et qu'il s'alcoolisait fréquemment. Par la suite, il a connu plusieurs hospitalisations, pour état anxio-dépressif dans le contexte d'un SSPT depuis qu'en 1976, il a participé à la libération d'otages à Djibouti où il n'a pas réussi à sauver un enfant. Néanmoins, le diagnostic de bipolarité n'a jamais été posé car M. Bleu n'a pas un tempérament hyperthymique, il n'était pas irritable durant l'enfance et se faisait discret au maximum pour éviter les coups de son frère et de son père. La violence dont il fait état lors de bagarres était liée au contexte (vivre dans la rue) et en réaction à des agressions et non à son humeur.

+ Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens

- Son état a empiré lors d'une mission dans le cadre de l'OTAN où il intervenait en tant que Casque Bleu en ayant l'ordre de ne pas engager le combat. Lors de l'épuration ethnique à Srebrenica en Bosnie Herzégovine, il a assisté – impuissant – à l'exécution d'une mère tenant son fils dans ses bras par un jeune serbe, ce qui a déclenché ses crises nocturnes. Lors de cette mission, il a connu des épisodes de peurs intenses pour sa vie et celle des autres et s'est senti totalement dépassé par les événements, sans espoir.
- Plus récemment, il a été hospitalisé à l'hôpital Sainte Marguerite dans le service du Professeur Christophe Lançon en 2012. Plusieurs psychiatres l'ont suivi et diagnostiqué et n'ont pas retrouvé d'antécédents de la lignée psychotique (ni hallucinations, ni délire ...).

+ Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens

- A son arrivée la première fois à la clinique Valfleury, le 31 octobre 2012, le contact est bon avec le psychiatre en charge des entrées, mais l'entretien va très vite devenir quasi impossible car soit il s'endort sur place, soit il récrimine et rechigne à parler, s'énerve, car il ne souhaite qu'une chose : aller dormir ! Il passera 4 mois à la clinique, en attendant de retrouver un logement.
- Lors de sa sortie, le 11 février 2013, son traitement est le suivant :
 - Atarax (Hydroxine) 25 mg (matin :1 cp, 12h :1 cp, 20h :1 cp, 23h :1cp) (Anxylitique)
 - Stilnox 10 mg (Zolpidem) (23H :1 cp)
 - Prozac (Fluoxetine) 20 mg (matin :1 cp, 12h :1 cp, 20h :1 cp). AD ISRS

+ Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens

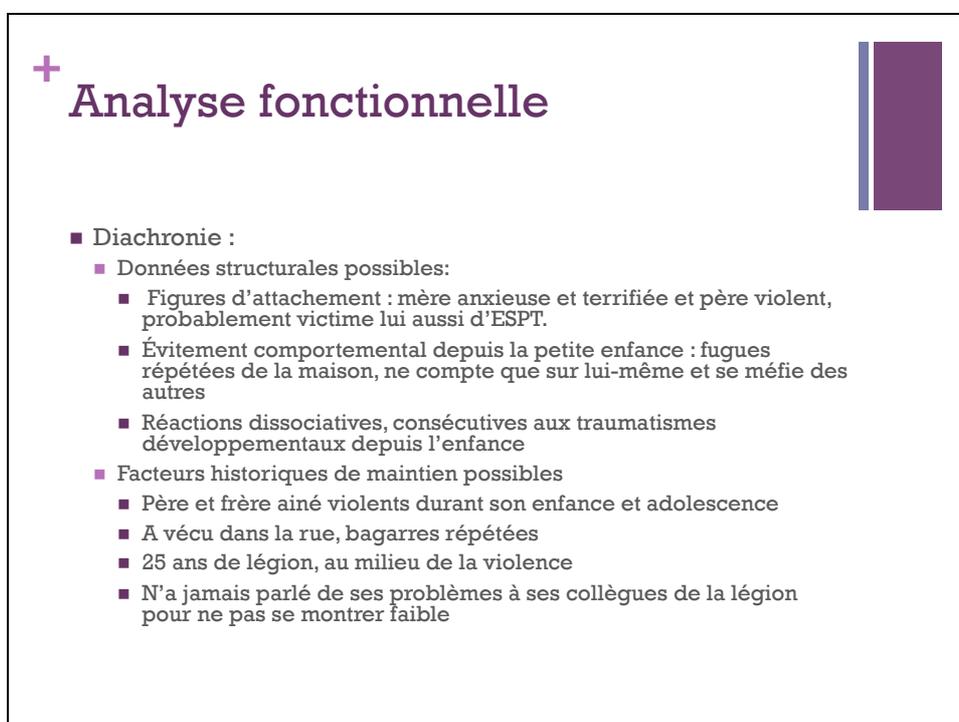
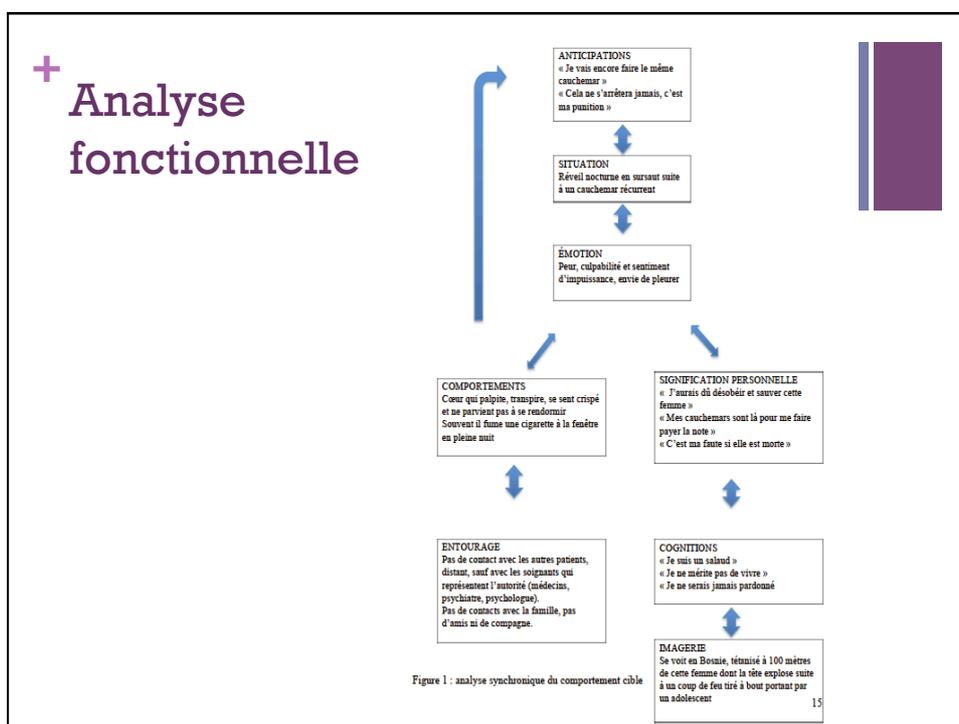
- Il a vécu en hôtel meublé à Marseille dans un premier temps. Il s'ennuyait, ne se sentait pas bien, ne pouvait manger que du froid dans sa chambre. Il n'avait pas repris contact avec son psychiatre, alléguant le fait que « son cabinet est au Prado et c'était trop loin ... et je n'étais pas bien ... », et s'est donc retrouvé en rupture de traitement.
- A cela s'est ajouté un problème administratif car ses indemnités de légionnaire lui ont été coupées, selon ses dires, et il n'a plus pu payer l'hôtel. Il s'est à nouveau retrouvé dans la rue début 2014 et a passé plusieurs semaines à vivre dans des cartons, dans le métro, sans beaucoup dormir. Il s'est refusé catégoriquement à aller en Foyer d'hébergement et mangeait aux « Resto du coeur ».

+ Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens

- Pris d'un malaise, il a été amené par les Pompiers aux Urgences de l'Hôpital Nord, de là au CAP 48, qui l'a réorienté vers « Valfleury », début mars 2014.
- Au moment de notre première consultation, en septembre 2014, il a perdu 12 kilos grâce à l'action du médecin qui a rééquilibré son alimentation. Il joue le jeu, participe aux différents ateliers de la clinique (méditation, relaxation, auto hypnose) et prend correctement son traitement. Il se plaint de mal dormir et de se réveiller plusieurs fois par nuit. Il se dit « hanté » par ses souvenirs de guerre et voit des images dans sa tête. Il dit ressentir des angoisses, et se dit dépressif, se demande à quoi cela sert de vivre dans ces conditions.

+ Analyse fonctionnelle

- Le patient souhaite pouvoir retrouver de l'énergie dans la journée et donc pouvoir faire des nuits complètes durant lesquelles il n'est plus réveillé en sursaut par des cauchemars récurrents.
- Synchronie
 - Le comportement problème (situation cible) exprimé par le patient est le fait de se réveiller toutes les nuits vers 2 – 3 heures du matin à cause de ses cauchemars. Il redoute le moment d'aller se coucher car il se dit qu'il va « encore faire le même cauchemar, que cela ne s'arrêtera jamais, que c'est sa punition » (anticipations). Lors de son réveil nocturne (situation), il ressent de la peur, de la culpabilité et un sentiment d'impuissance auquel il associe une envie de pleurer (émotions). Il se dit qu'il aurait dû désobéir et sauver cette femme, que ces cauchemars sont là pour le faire payer car c'est sa faute si elle est morte (signification personnelle). Il en déduit qu'il est un salaud et qu'il ne mérite pas de vivre et qu'il ne sera jamais pardonné (cognitions). Il se revoit en Bosnie, tétanisé à 100 mètres de cette femme dont la tête explose suite à un coup de feu tiré à bout portant par un adolescent (imagerie). Il a le coeur qui palpite, il transpire, se sent crispé et ne parvient pas à se rendormir. Souvent il fume une cigarette à la fenêtre en pleine nuit (comportements). Il est sans famille, ses parents sont décédés et il a coupé les relations avec ses deux frères. Il n'a pas d'amis ni de conjointe. A la clinique, il évite le contact avec les autres patients : « ils sont tous fous » (entourage).



+ Analyse fonctionnelle

- Diachronie :
 - Facteurs déclenchant initiaux invoqués
 - N'a pu sauver un enfant lors d'une première mission à Djibouti
 - Assister à un meurtre avec interdiction de bouger (double contrainte)
 - Événements précipitant les troubles
 - Isolement de plus en plus grand
 - Sentiment d'avoir trahi ses valeurs et sa mission qui est de protéger les faibles
 - Évite de raconter les événements qu'il a vécu de peur de pleurer (nous apprendrons l'histoire de la femme en Bosnie qu'après plusieurs séances)
 - Incertitude sur son avenir, n'a pas de logement en dehors de la clinique et l'assistante sociale le presse de trouver une solution

+ Cercle vicieux de Cungi (1996)

- Monsieur Bleu a grandi dans un climat de violence paternel et fraternel. Il a compris très tôt qu'il ne pouvait compter que sur lui et se méfier des autres. Il est devenu violent en réaction aux agressions des autres, s'est battu, s'est drogué et alcoolisé quand il était jeune et a choisi la légion pour éviter la prison. Il voulait de cette manière « payer sa dette ». Il a rompu avec son cadre social, son passé et son cadre familial et reporte sur la légion son besoin d'idéal et ses affections déçues. Il fait sien la devise de cette institution « honneur et fidélité ». Confronté plusieurs fois à la mort des autres, il développe un ESPT, amplifié par la sensation d'être coupable d'avoir laissé mourir des personnes qu'il était sensé protéger. Ce vécu cognitif et émotionnel amplifie la symptomatologie d'ESPT et l'état dépressif du patient. De plus, l'assistante sociale de la clinique ne lui trouve aucun foyer pour l'accueillir à sa sortie de la clinique. Il craint de se retrouver à nouveau dans la rue. Cela l'angoisse et augmente son état dépressif. Lors de notre troisième séance, je partage cette analyse avec lui et il valide ces hypothèses.



+ Dépression
DONNES EPIDEMIOLOGIQUES

- Affection fréquente (prévalence sur 6 mois est de 6% dans la population générale)
- Deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes
- Pics d'apparitions: entre 23-30 ans et 50-60 ans
- (100 millions de déprimés dans le monde /an –OMS)



+ Types de dépressions

- La dépression est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur accompagnée d'une faible estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu (anhédonie). Cet ensemble de symptômes (syndrome) est individualisé et classifié dans le groupe des troubles de l'humeur dans le DSM.

+ Types de dépressions

- Le terme de « dépression » est cependant ambigu ; il est en effet parfois utilisé pour décrire d'autres troubles de l'humeur ou d'autres types de baisse d'humeur moins significatifs qui ne sont pas des dépressions proprement dites. La dépression est une condition handicapante qui peut retentir sur le sommeil, l'alimentation et la santé en général avec notamment un risque de suicide, ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail. Aux États-Unis, approximativement 3,4 % des individus dépressifs sont morts par suicide et plus de 60 % des individus qui se sont suicidés souffraient de dépression ou d'un autre trouble de l'humeur.

+ Types de dépressions

- Maladie récurrente (50% de rechute dans la première année suivant le premier épisode)

- TYPES

- Dépression bipolaire
- Dépression unipolaire:
 - Dépression unipolaire majeure (seul ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs – sévères) - A
 - Dépression dysthymique (« névrose dépressive »): au moins deux ans d'évolution d'une symptomatologie dépressive légère à modérée avec quelques jours de thymie (humeur) normale - B
 - Double dépression: A+B

+ Types de dépressions

- Souvent comorbidité avec d'autres pathologies (très souvent anxieuses, addictions)

Et/Ou

- Mode d'expression d'une pathologie psychique sous jacente (souvent les troubles de personnalité)
- Retenir que l'anxiété précède la dépression
- La dépression est souvent le résultat du dépassement des mécanismes d'adaptation au stress

+ Éléments de clinique

- Humeur triste
- Ralentissement psychomoteur
- Anhédonie : perte du plaisir à faire des choses habituellement agréables
- Apathie : indifférence à l'émotion, la motivation, la passion
- Aboulie : difficulté à prendre des décisions
- Troubles de la vie pulsionnelle (sommeil, appétit, libido)
- Troubles neurovégétatifs / somatiques

+ Troubles des fonctions cognitives dans la dépression

- Pensée dépressive caractérisée par le pessimisme et le nihilisme (du latin : rien)
- Verbalisations négatives sur soi-même et le monde
- Dépréciation du passé, inutilité du présent et projection négatives sur l'avenir
- Hypermnésie sélective des éléments négatifs du passés et scotomisation des actions vécues positivement (« hypermnésie du malheur, amnésie du bonheur »)

+ Troubles des fonctions cognitives dans la dépression

- Déficit de la mémoire avec mauvaises performances intellectuelles
- Déficit de la fixation, de la mémoire à court terme et diminution de la mémoire d'évocation
- Toutes les étapes du traitement de l'information peuvent être altérées chez le dépressif: attention, codage, stockage à court et à long terme, consolidation de la trace mnésique, profondeur de l'élaboration, rapidité et efficacité de l'accès aux souvenirs et de leur rappel

+ Dépression et conditions de vie

- Si la dépression était uniquement la conséquence de conditions de vie difficiles, on devrait en théorie observer des vagues de cas de dépression en période de guerre, ou dans des pays touchés par la malnutrition.
- Or on constate plutôt le contraire (on se suicide moins en temps de guerre qu'en temps de paix, moins en Afrique qu'en Europe).

+ Dépression et conditions de vie



- En fait, il apparaît qu'une grande proportion des personnes souffrant de dépression ont une vie que d'autres pourraient considérer comme a priori satisfaisante, voire enviable : situation financière normale, famille aimante, pas de traumatisme particulier, pas de maladie organique, pas de pression ni de danger marquant.

+ Dépression et conditions de vie



- La dépression n'est pas causée uniquement par l'environnement du sujet, mais surtout par les pensées et les schémas mentaux qu'il emploie pour l'interpréter et par les émotions que ceux-ci génèrent.
- C'est donc en apprenant à travailler sur ses émotions ET ses cognitions qu'une personne pourra sortir de sa dépression.



Identifier la dépression



Mini International Neuropsychiatric Interview

- Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 - mini : 11,6 min.; médiane : 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.
- **Entretien :**
Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

+ M.I.N.I 5.0.0 – DSM IV

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	

+ Instructions générales

■ **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

+ Instructions générales

■ Conventions :

- *Les phrases écrites en « lettres minuscules »* doivent être lues "mot-a-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.
- *Les phrases écrites en « MAJUSCULES »* ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.
- *Les phrases écrites en « gras »* indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.
- *Les phrases entre (parenthèses)* sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.
- Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).
Les réponses surmontées d'une flèche (➤) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

+ Instructions générales

■ Instructions de cotation :

- Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.
Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").
- Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

+ Épisode dépressif majeur

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→	NON	OUI
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) <small>COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE</small>	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9

+ Épisode dépressif majeur – critères d'exclusion

□ Critères d'un Épisode dépressif majeur (suite)

- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'Épisode mixte (voir p. 421)).
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans (l'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-cl. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement

+ Épisode dépressif majeur

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

NON	OUI
<i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</i>	

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

A5a Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

→
NON OUI 10

b Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?

NON OUI 11

A5b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE</i>	

+ Épisode dépressif majeur

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A' EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
	Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?	→		
	A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI	NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

+ Épisode dépressif majeur

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	16
d	A3c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON OUI
**EPISODE DEPRESSIF
 MAJEUR
 avec Caractéristiques
 Mélancoliques
 ACTUEL**

+ Dysthymie

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	

+ Dysthymie

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?

→
NON OUI 28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
DYSTHYMIE ACTUEL	

+ Risque suicidaire

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT
C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON OUI	6
----	--	---------	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

+ Le traitement de l'information

- La vulnérabilité à la dépression est située à 3 niveaux:
 - Le contenu cognitif
 - Les processus cognitifs
 - Les processus comportementaux

+ Le contenu cognitif

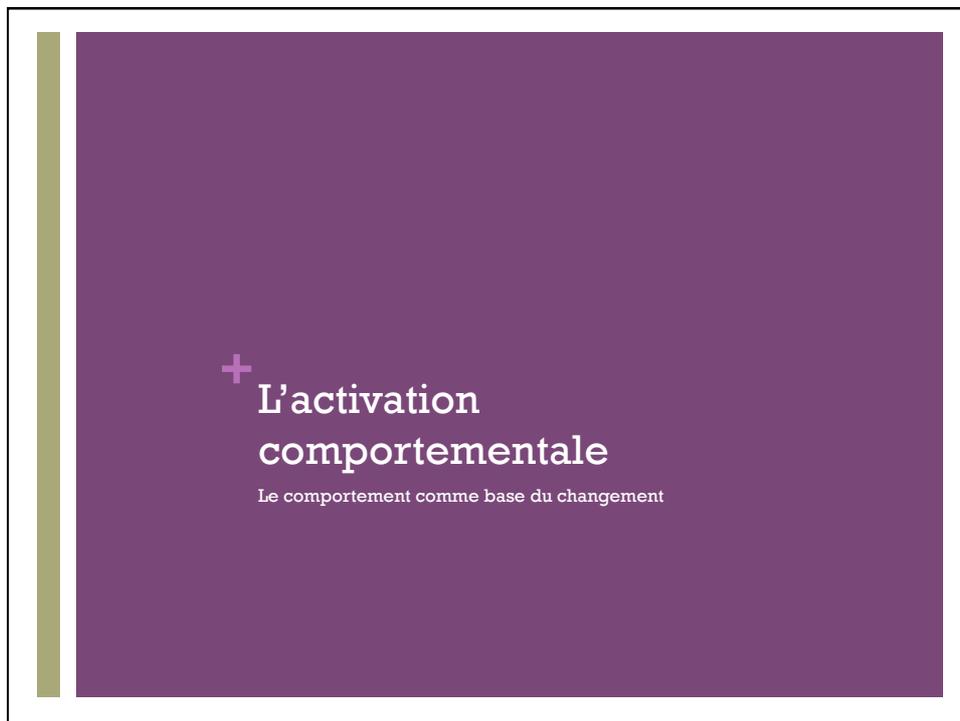
- Il s'agit de la cognition en elle même. Perte, dévalorisation, perte d'espoir sont les thèmes principaux
- La TRIADE de BECK:
 - vision négative de soi.
 - vision négative du monde.
 - vision négative du futur.

+ Les processus cognitifs

- Les biais cognitifs : observés dans le traitement de l'information qui incite la personne à ne traiter que les informations congruentes à son humeur.
 - Les informations négatives sont expliquées par des causes internes et stables.
 - Les informations positives sont expliquées par des causes externes et instables.
- La rumination mentale : pensée et attention centrées sur les symptômes et les causes de la dépression, éloignement des processus de résolution de problème notamment sociaux

+ Les processus comportementaux

- Inactivité induisant une perte de renforçateurs positifs
- Évitements entretenus par renforcements négatifs



+ L'activation comportementale

- Si le patient est trop ralenti, il peut être utile de réaliser une activation comportementale initiale.
- L'activation comportementale est aussi une thérapie pleine et entière dont l'efficacité est prouvée.
 - Faire la routine énergétique
 - Faire du sport, de la marche

+ Principes de base de l'activation comportementale (Martell,2010)

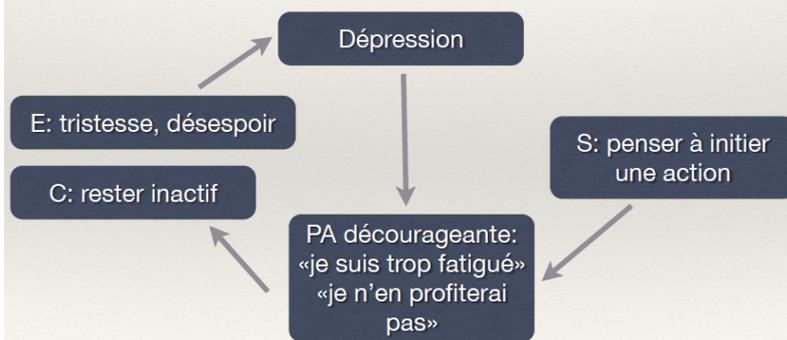
- 1. La clef pour modifier ce que les personnes ressentent est de les aider à modifier ce qu'elles font.
- 2. Les changements dans la vie peuvent amener à la dépression et les stratégies de court terme nous y maintiennent.
- 3. Les indices pour découvrir ce qui sera antidépresseur chez patient se trouvent avant et après un comportement important
- 4. Se donner des objectifs en terme de but et non d'humeur

+ Principes de base de l'activation comportementale (Martell,2010)

- 5. Le changement sera plus facile en commençant "petit"
- 6. Privilégier les activités naturellement renforçantes
- 7. Agir comme un coach
- 8. Privilégier la résolution de problème empirique et reconnaître que tout résultat est utile
- 9. Don't talk, do it!
- 10. Déminer les possibles et réels problèmes rencontrés en thérapie (pas de solution miracle!)

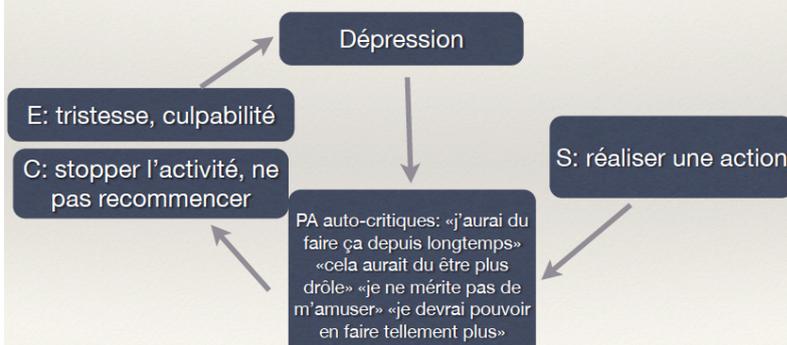
+ Conceptualisation 1

❖ 2 Cercles vicieux de l'inactivité



+ Conceptualisation 2

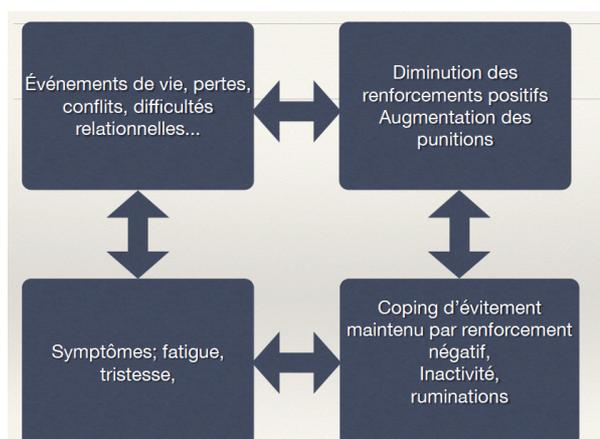
❖ 2 Cercles vicieux de l'inactivité



+ Conceptualisation 3

- Le patient dépressif est engagé dans une suite de comportements renforcés négativement
- Il n'existe plus de renforcement positif
- Le manque de renforcement positif aggrave la dépression

+ Conceptualisation 3



+ L'outil : l'agenda plaisir/maitrise

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
7h 8h	P./10 M./10						
8h 9h							
9h 10h							
10h 11h							
11h 12h							
12h 13h							
13h 14h							
14h 15h							
15h 16h							
16h 17h							
17h 18h							
18h 19h							
19h 20h							
20h 21h							
21h 22h							

+ Amener le patient à l'activation comportementale

- Revoir avec le patient l'agenda, tableau d'activité
- Quelles activités le patient réalise trop peu et pourraient lui apporter plaisir ou sens de la maitrise?
- Existe t il un bon équilibre plaisir/obligation?
- Quelles activités produisent le plus de dysphorie ou de ruminations et devront être réduites?
- Restructuration cognitive autour de l'agenda actuel.
- Amener une personne à une activité de plaisir



+ Définition des cognitions

- Latin "Cognito" signifiant : pensée.
- Les cognitions sont liées à la perception, à l'éducation, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'intelligence, à la fonction symbolique et au langage.
- Nos "cognitions" sont nos croyances et nos pensées.



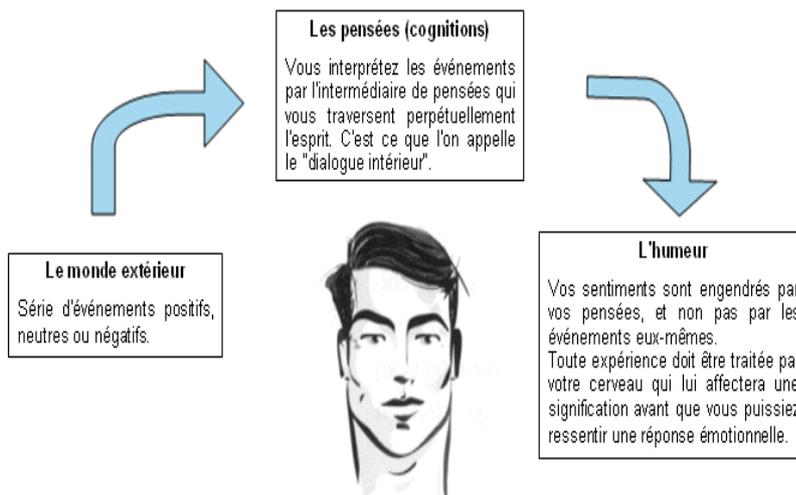
+ Cognitions et émotions

- Ce n'est pas le monde extérieur qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit.



- EN MODIFIANT NOS COGNITIONS ON PEUT MODIFIER NOS EMOTIONS et EN MODIFIANT NOS EMOTIONS ON PEUT AGIR SUR NOS COGNITIONS

+

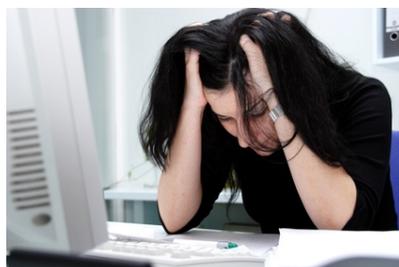


+ Intérêt de l'identification des distorsions cognitives dans l'EFT

- Base du recadrage cognitif
- Etudier, comprendre et apprendre cette liste de pensées dysfonctionnelles vous permettra de repérer et mettre en évidence les différentes pensées dysfonctionnelles – chez vous et chez vos patients
- Augmenter l'efficacité de votre thérapie
- Apprendre au client à identifier ses pensées dysfonctionnelles et à mieux gérer ainsi ses émotions (à mieux travailler seul en EFT)

+ À retenir

- Chez une personne dépressive, ces expressions ne sont pas de simples paroles en l'air destinées à attirer l'attention. Elle correspondent à la véritable représentation mentale qu'elle se fait du monde et d'elle-même.



+ Important

- Le rôle du thérapeute est de faire prendre conscience au patient de ces distorsions cognitives, et de l'amener à une représentation plus "normale" et plus rationnelle des choses.
- Pour cela, il va, dans un premier temps, devoir apprendre au patient à devenir métacognitif, c'est-à-dire l'amener à réfléchir à la manière dont il pense. (cette capacité à réfléchir à la manière dont on pense apparaît habituellement chez l'enfant vers l'âge de 6 ans).
- !!! Elle tend à disparaître chez les personnes souffrant de dépression

+ Relever et mettre en évidence les distorsions dans sa propre façon de penser

- Les fiches d'autoévaluation de Beck
- Il s'agit d'une technique simple élaborée par Aaron Beck pour aider ses patients à mettre en évidence clairement leurs pensées dysfonctionnelles afin de mieux les analyser. Les patients disposent ainsi d'un outil qui leur permet par eux-mêmes d'avoir une approche plus rationnelle et moins stérile de leurs problèmes.

+ Formulaire de Beck

Date :

Situation	Emotions		Pensée Automatique	Réponse Rationnelle	Résultat	
	Spécifier :		La pensée automatique qui a conduit à l'émotion :	La pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique :	Réévaluation de la croyance dans la pensée automatique	
	Tristesse :	%			Tristesse :	%
	Colère :	%			Colère :	%
	Anxiété :	%			Anxiété :	%
		%				%
					Spécifier de nouvelles émotions éventuelles :	
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion :	Niveau de croyance dans cette pensée automatique :	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle :	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse :		
	%	%	%	%		

+ Les 5 colonnes de Beck

- **1^{ère} colonne : Situation** : on y décrit rapidement l'événement ou la situation qui a déclenché la contrariété. On n'y inscrit aucune émotion, ni aucune pensée, mais uniquement des faits. (par exemple : j'ai laissé un message téléphonique à mon ami et il ne m'a pas rappelé)
- **2^{ème} colonne : Emotion** : décrire et évaluer le plus précisément possible les émotions ressenties en pourcentages de 0 à 100. L'émotion globale est à décomposer en terme de : tristesse, colère et anxiété qui sont souvent les trois principales composantes d'une humeur négative. Le patient peut éventuellement en ajouter d'autres (frustration, dégoût, etc...)
- **3^{ème} colonne : Pensées automatiques** : C'est la liste de toutes les pensées qui nous passent par la tête et qui nous rendent malheureux, anxieux, ou en colère. On indiquera le niveau de croyance global pour ces pensées automatiques. (on peut également préciser le niveau de croyance pour chaque pensée automatique).

+ Les 5 colonnes de Beck

- **4^{ème} colonne : Réponses rationnelles** : il s'agit ici de prendre du recul par rapport aux pensées de la colonne précédente et de les analyser en mettant en évidence les pensées dysfonctionnelles exactement comme cela a été décrit (liste des pensées dysfonctionnelles). On fera enfin la liste des réponses rationnelles face à l'événement ou la situation. On indiquera le niveau de croyance global pour ces réponses rationnelles (on peut préciser également le niveau de croyance pour chaque réponse rationnelle).
- **5^{ème} colonne : Résultat** : après avoir inscrit les pensées automatiques et les réponses rationnelles qui s'y rapportent, on évalue à nouveau les émotions ressenties en terme de tristesse, d'anxiété et de colère. On indiquera également l'intensité globale de l'émotion après analyse, que l'on pourra, bien sûr, comparer avec l'intensité globale de l'émotion avant analyse (colonne 2).

+ Les TCC en pratique

- La fiche d'autoévaluation de Beck n'est pas un outil qui fait disparaître toutes les contrariétés de la vie. En revanche, elle permet de rationaliser l'approche que l'on peut en avoir. Très souvent, cette technique conduit à une nette amélioration de l'humeur du patient par rapport à une situation donnée.
- Au début de la thérapie, le patient apprendra à remplir ces fiches avec l'aide de son thérapeute afin de bien en comprendre les principes. Il pourra ensuite très rapidement utiliser cette technique seul et acquérir de plus en plus d'autonomie dans la gestion de ses problèmes au quotidien.

+ Les TCC en pratique

- Dans le cadre d'une thérapie cognitive, le patient est invité à remplir une fiche de Beck à chaque fois qu'il rencontre une contrariété, ou simplement lorsqu'il se sent mal (tristesse, anxiété, colère). Il peut ainsi être amené à en remplir plusieurs par jour. Le patient pourra conserver ces fiches afin d'avoir un suivi de son travail. Même si une contrariété donnée a déjà fait l'objet d'une fiche dans le passé, le patient ne doit pas hésiter à en remplir une autre sur le même sujet!!!!
- La fiche d'autoévaluation est une technique à utiliser sans modération. En effet, si des distorsions cognitives répétées peuvent rapidement conduire à la dépression, la rationalisation ne peut, quand à elle, avoir que des effets bénéfiques sur l'humeur des patients et leur manière d'appréhender leurs problèmes.

+ TCCE de la dépression

- Lever les obstacles à la mise en mouvement
- Faire bouger la personne
- Identification et travail sur les cognitions négatives
- Lever les inversions psychologiques
- Les traumas récents, passés et précoces

+ Des remèdes naturels

- Griffonia, plante africaine (Griffozen du laboratoire Synphonat) 2 gélules le soir au dîner durant 3 à 4 mois
- Griffonia 5HTP Brahmi, plante indienne, (labo Herbolistique)
- Safranale Triactif (Copmed)
- 90% de la sérotonine produit dans l'intestin, donc en cas de trouble digestif AVEA (labo Nutramédix)