

Les entretiens d'évaluation

« Premiers entretiens »

Vanessa Delattre
delattre.vanessa@wanadoo.fr



Les TCC = application de le **psychologie scientifique** à la psychothérapie.

Dans les TCC, on utilise une **méthodologie expérimentale** afin de comprendre et modifier les troubles du patient.

Référence :

- Aux **théories de l'apprentissage** : conditionnement classique et opérant, apprentissage social.
- Aux **modèles cognitifs** du traitement de l'information : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements.
- Aux **émotions** : reflet physiologique et affectif des expériences de plaisir et déplaisir.



Étapes des TCC

- Phase d'évaluation
- Contrat thérapeutique (construction d'un modèle explicatif)
- Mise en place d'un programme et utilisation des techniques de changement
- Évaluation des résultats
- Programme de maintien des changements



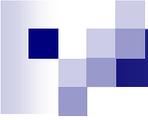
Le premier entretien ou entretien d'évaluation

- L'entretien est axé sur la description des **comportements** du patient, sur les stimuli qui les provoquent (déclenchement) et sur leurs conséquences et leurs conditions de maintien = **analyse fonctionnelle**.
Quel symptôme ? Où ? Pourquoi ? Comment ?
- On étudiera aussi les **pensées**, les images mentales, les monologues intérieurs qui vont précéder ou accompagner les comportements problématiques ; et les **affects** qui dépendent de l'interprétation de la situation = **analyse cognitive et émotionnelle**.



Le premier entretien ou entretien d'évaluation

- L'entretien est centré sur l'état actuel de la personne (mais on explore aussi des événements passés).
- Il ne s'agit pas de se contenter du récit du patient mais de mener une entrevue directive où l'on recherche des informations concrètes en suivant un schéma d'analyse prévu d'avance. On s'appuie donc sur des schémas d'entretien (type BASIC ADEA) tout en s'adaptant à chaque cas.

- 
- Dans l'analyse fonctionnelle, les comportements actuels sont **analysés** et étudiés **pour eux-mêmes**.

- *Il ne s'agit pas de chercher une signification cachée aux troubles vécus par la personne*

- L'analyse objective implique l'enregistrement de ce qui est **observable, mesurable et reproductible**.

- *Observable par tous, mesurable par des outils, reproductible entre plusieurs observateurs*

- **L'analyse objective** des comportements du patient permet de comprendre le problème.

Ce problème est présenté comme une **interaction** entre l'individu et son environnement.



Une analyse complète comprendra :

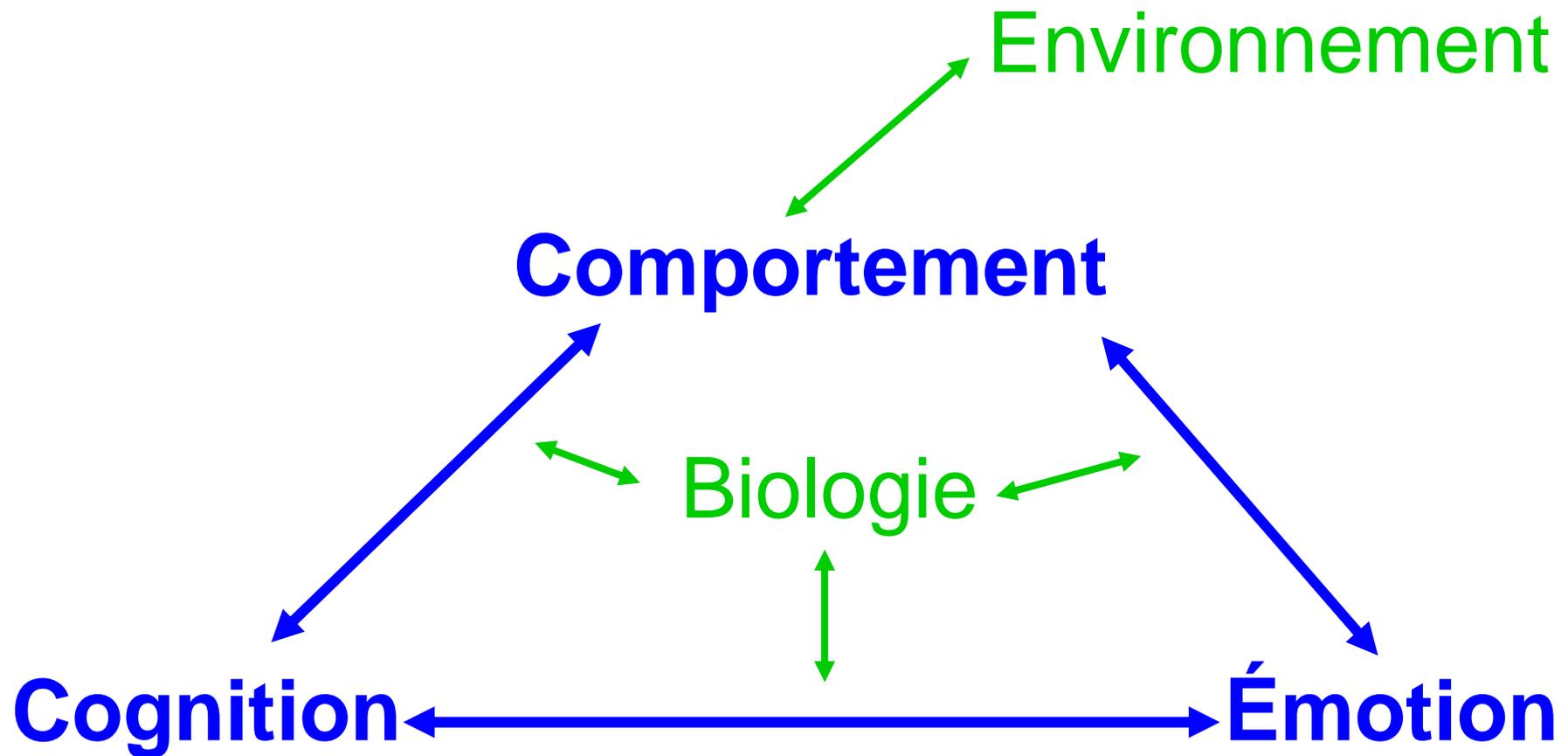
- Une analyse fonctionnelle (étude des comportements) qui est centrale
- une cotation diagnostique (DSM IV)
- des échelles d'évaluation des symptômes
- les activités cognitives, émotionnelles et affectives
- éventuellement des mesures physiologiques



Exemple

- *Cotation DSM-4 : trouble panique.*
- *Plan comportemental* : *existence d'attaques de panique (déclencheurs, fréquence, maintien ...)*
- *Echelle* : Questionnaire des cognitions agoraphobiques, Chambless (1984) ; Echelle de sévérité du trouble panique, Shear (1992)
- *Plan psychophysiologique : réactions neuro-végétatives*
- *Plan cognitif* : *distorsions de la pensée menant à des auto-évaluation négatives*
- *Plan émotionnel* : *présence d'émotions (physique) transformées en affects.*

Modèle interactionnel





Ligne de base et évaluation du traitement

- Cette analyse doit déboucher sur un **projet thérapeutique**.
- Elle permet d'établir un **niveau de base**, avant le traitement.
- Puis elle permet l'**évaluation** du traitement, durant le traitement.
- Enfin elle mesure l'**efficacité** du traitement, après le traitement (immédiatement après, ou en « follow up » à moyen ou long terme)

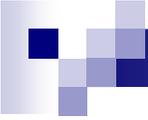
- 
- Il faut établir clairement quelle est la **demande** du sujet et les **objectifs** du traitement. On s'intéresse à la **motivation** aux changements.

Patient et thérapeute vont formuler des hypothèses communes sur le trouble, ses facteurs de déclenchement et de maintien.

- Il est nécessaire d'informer le patient sur les principes des TCC et d'établir avec lui un **contrat** = collaboration.

On définit des cibles, des buts au traitement en termes concrets.

On définit les moyens utilisés pendant le traitement.



Le premier entretien ou entretien d'évaluation

- Les sources d'information
- L'histoire des troubles
- Les circonstances de la rencontre
- L'histoire familiale et personnelle

- L'épisode actuel
- Le comportement
- Le fonctionnement cognitif
- Le fonctionnement affectif
- Le fonctionnement relationnel
- Le fonctionnement somatique



Cœur de
l'analyse
cognitivo-
comportementale

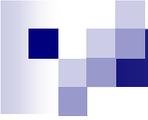


Les sources d'information

- La demande provient de la personne elle-même
- La demande provient du médecin traitant ou d'un spécialiste
- La demande provient d'un proche
(le plus fréquent avec les enfants)

L'histoire des troubles

- Les circonstances d'apparition
- Les facteurs déclenchant
- Les réactions comportementales, physiologiques et psychologiques
- Les traitements passés ou en cours



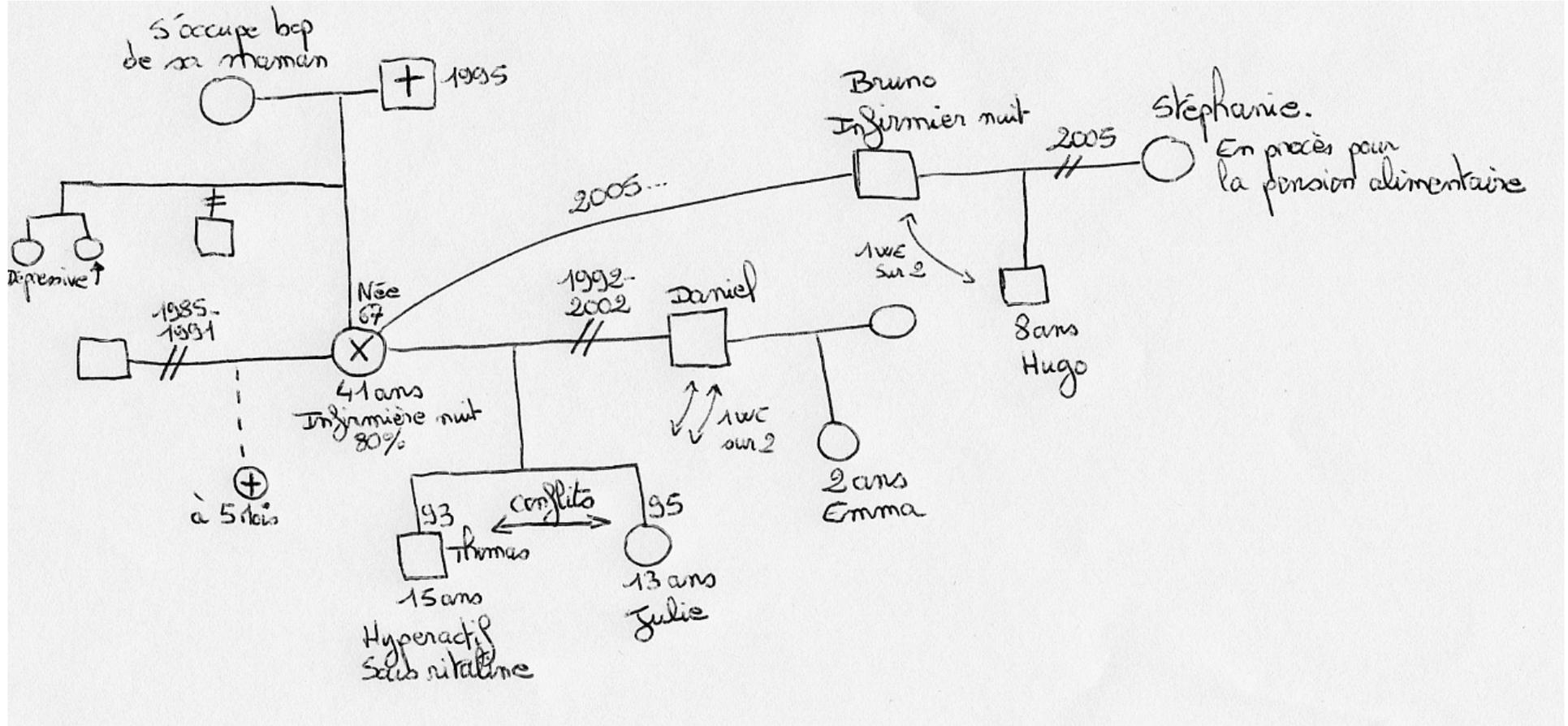
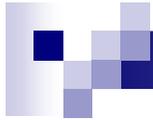
Les circonstances de la rencontre

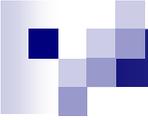
- La rencontre s'effectue-t-elle dans un contexte d'urgence ?
 - épisode aigu
 - chronicité
- L'entretien est-t-il de 1ère ou de 2nde intention ?
 - 1ère intention : il faudra étudier la demande et réaliser une analyse sémiologique et psychopathologique
 - 2nde intention : c'est un entretien spécialisé centré sur un problème particulier (le fonctionnement mental, l'environnement, l'anamnèse, la neurophysiologie...)



L'histoire familiale et personnelle

- La schéma de la famille
- La ligne de vie
- Les antécédents familiaux
- Les antécédents personnels
- Les évènements de vie
- Les cognitions qui s'inscrivent dans un contexte familial
 - « *je suis comme ma mère* »





L'épisode actuel

- Décrire la symptomatologie actuelle
- Préciser l'évolution récente
 - *Y a-t-il une aggravation récente ?*

Le comportement du patient

- Observation du patient pendant l'entretien
 - *Y a-t-il inhibition comportementale, anhédonie, logorrhée, agitation psycho-motrice ... ?*
 - *Observation directe du comportement*
 - *Fréquence du comportement sur un temps donné*
 - *Mesure directe de l'évitement (le sujet fait-il face et quelle est la note d'anxiété)*
- Auto-observation du patient
 - *Voir les 2 transparents suivant : « observation des comportements »*



L'observation des comportements (1/2)

- Observation directe :
 - Les comportements sont observés directement

- Auto-observation :
 - Le patient fournit lui-même les renseignements, à l'aide de grilles qui existent en de nombreuses versions ou qu'il est possible de créer soi-même.
 - Ces grilles d'auto-enregistrement comprennent généralement : une entrée temporelle + une entrée avec le comportement problème + une entrée avec le stimulus déclencheur + une entrée avec les conséquences ...



L'observation des comportements (2/2)

- L'auto-observation est **systematiquement utilisée** en thérapie. S'il est important dans le cas d'un TOC de connaître la fréquence réelle d'une compulsion, les facteurs qui la déclenchent, etc., il est impossible de suivre le patient dans sa vie. L'auto-observation reste cependant moins fiable qu'une observation directe ...
- Le fait de se livrer à cette auto-observation amène une **rétroaction** sur le patient. On constate souvent une amélioration, suite à la prise de conscience qu'implique l'auto-observation. Cette technique est donc en soi une **technique thérapeutique**.



Le fonctionnement relationnel

- Comment s'établit la relation avec le thérapeute ?
- Comment s'établissent les relations avec les proches ?
- Comment s'établissent les relations sociales ?

Le fonctionnement somatique

- Analyse des éléments de base
 - *Sommeil, appétit ...*

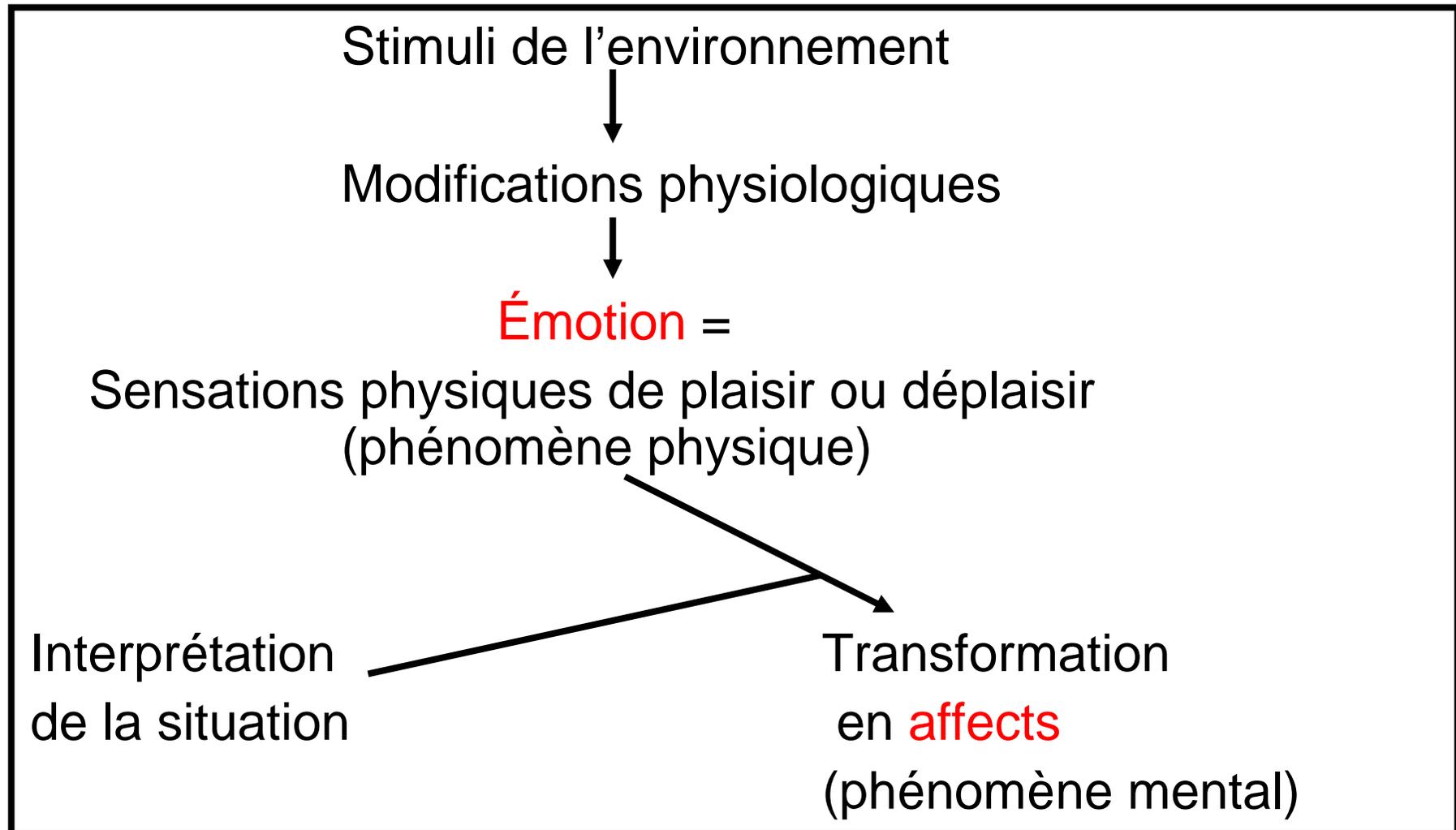


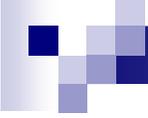
Le fonctionnement émotionnel

(voir diapo sur émotions)

- Analyser les émotions émises par le patient
Ex : l'anxiété est-elle perceptible ou intériorisée ?
- Rechercher la tonalité affective de base
Ex : tristesse, désespoir ... euphorie, joie ...
- Analyser les réactions affectives = comportements
Ex : agressivité ...

Les émotions





Le fonctionnement cognitif

(voir diapo sur cognitions, pensées automatiques et schémas)

- La perception
- La concentration
- Le raisonnement
- Les capacités imaginaires
- La conscience de soi et de l'environnement



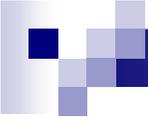
Les cognitions

- Pensées
- Dialogues internes
- Interprétations
- Attentes
- Concept de soi
- Souvenirs
- Images mentales



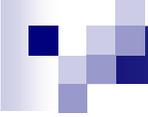
Pensées automatiques

- Spontanées, brusques
- Automatiques, involontaires
- Courtes
- Spécifiques
- Non réfléchies
- Acceptées



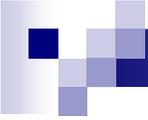
Les 10 type de pensées dysfonctionnelles

- **Pensée dichotomique (tout ou rien)**
 - Si je n'ai pas été choisi pour cette formation, c'est que je suis nul
- **Surgénéralisation**
 - Cette fille n'a pas voulu sortir avec moi, c'est bien la preuve que je n'arriverai jamais à sortir avec une fille
- **Abstraction sélective**
 - J'ai réussi mon examen, mais j'ai fait des erreurs idiotes
- **Disqualification du positif**
 - On m'a dit des choses gentilles, mais c'est juste pour me faire plaisir
- **Conclusions hâtives**
 - Il n'a pas répondu à mon sms, c'est qu'il ne se considère pas comme mon ami.
- **Exagération et minimalisation**
 - J'ai été pris, mais c'est sûrement parce qu'il y avait vraiment peu de candidats.
- **Raisonnement émotionnel**
 - Je suis désespéré, donc c'est bien la preuve que mes problèmes sont insolubles
- **Fausse obligations**
 - Je dois faire le ménage chez moi ce soir
- **Etiquetage**
 - Je suis nul
- **Personnalisation**
 - Je me sens responsable du divorce de ma fille, je lui ai donné un mauvais modèle du couple.



Les schémas (croyances)

- Postulats, règles et convictions intimes relatifs à l'évaluation de soi et des relations avec les autres
- « filtre d'interprétation de la réalité »
- Souvent rigides, simplistes et dichotomiques



Analyse qualitative et quantitative

- Les mesures (durée, fréquence...), échelles et questionnaires aident à l'analyse quantitative.

Mais en thérapie, on utilise parfois les échelles dans une démarche qualitative.

- Les grilles d'analyse fonctionnelles aident à l'analyse qualitative :
 - Schéma SORC
 - BASIC IDEA
 - Grille SECCA
 - Modèle ABC



Les grilles d'analyse

Il existe différentes «grilles d'analyse comportementale» qui ont évolué d'un schéma purement béhavioriste à un schéma cognitivo-comportemental.

- Schéma SORC : grille simple, de base. (Skinner)
- Le « BASIC ID » ou modèle de Lazarus :
concerne les comportements externes, mais aussi les comportements non visibles (couverts) comme les processus cognitifs.
- Le « BASIC IDEA » ou modèle de Cottraux, inspiré de Lazarus :
prend en compte les attitudes du patient et les attentes du thérapeute



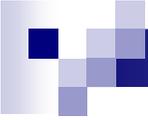
Schéma SORC

- Stimulus- Organisme- Réponse- Conséquence

Organisme =
aspects physiques
et cognitifs

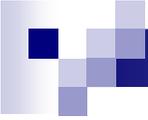
conséquences
positives ou négatives

- Grille simple qui demeure le modèle de l'analyse fonctionnelle



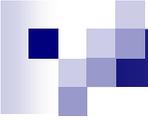
BASIC IDEA (Cottraux, d'après Lazarus)

Behavior	Descriptions du ou des comportements-problème(s), conditions de maintien, conditions de déclenchement, fréquence, durée, circonstances d'apparitions, gêne
Affect	Émotions principales, capacité de repérer ses émotions, capacité d'exprimer ses émotions, stabilité de l'humeur ...
Sensations	Sensations élémentaires, musculaires, intéroceptives ... qui accompagnent le comportement problème
Imagerie Mentale	Le patient peut-il générer des images mentales, des images reliées au comportement problème ?
Cognitions	Idées et croyances du sujet concernant son comportement et les possibilités de changement
Relations Interpersonnelles	Climat familial, professionnel, satisfactions personnelles, loisirs ...
Drogues	Prise de médicaments, de drogues ; histoire médicale du sujet
Expectations (attentes)	Demande et attentes du patient par rapport à la thérapie
Attitudes	Évaluation de l'attitude positive, négative ou neutre du thérapeute vis à vis du patient



■ Les TCC sont donc :

- Structurées (limitées dans le temps, plan de thérapie, agendas de séances)
- Orientées sur les problèmes actuels (peu de référence au passé, focalisation sur les comportements problématiques)
- Actives, directives
- Collaboratives, transparentes
- Orientées vers la mesure de l'efficacité



Les étapes de la TCC (cottraux, 2004)

- Prise de contact : établir une alliance thérapeutique (relation positive de collaboration) et mettre à jour les problèmes émotionnels, cognitifs et comportementaux qui motivent la demande.
- Diagnostic psychiatrique (DSM-4)
- Etude des buts et de la motivation au changement : quels sont les problèmes pour lesquels le patient vient consulter, que souhaite-t-il modifier, quelle est sa motivation ?
- Analyse fonctionnelle : utilisation de grilles permettant l'étude des interrelations entre comportements, cognitions et émotions.
- Mesures = représentation mathématique de la clinique. Elles couvrent les syndromes, la qualité de vie et la personnalité.
- Explication du trouble et des techniques utilisées. Établissement d'un contrat thérapeutique.
- Définir avec le patient les priorités, par quoi commencer ?
- Établir des hiérarchies dans les problèmes en terme de perturbation. Définir la ligne de base.
- Utiliser les techniques et favoriser l'autogestion du patient.
- Évaluer les résultats du traitement par rapport à une ligne de base.
- Programme de maintenance pendant environ un an après la phase active du traitement. (3 mois - 6 mois - 1 an).