



Olivier Chambon

Psychiatre-psychothérapeute, Lyon.

Les cinq premières minutes de consultation

Il existe une analogie entre une consultation et une thérapie : le début, le milieu et la fin présentent des ressemblances importantes. Les premières minutes de la première consultation contiennent en germe toutes les manifestations des difficultés relationnelles qui seront rencontrées dans les premières séances de thérapie.

Les habitudes du poisson sont plus importantes que les outils du pêcheur



Gérard Ostermann

Professeur de thérapie, médecin interniste, psychothérapeute, Bordeaux.

En mars 2011, un article du *New York Times*, signé par le journaliste Gardiner Harris, tire la sonnette d'alarme : les 48 000 psychiatres américains renoncent insensiblement aux psychothérapies. Ils n'écoutent plus leurs patients, préférant prescrire des médicaments à tour de bras, ce qui est considéré comme une solution de facilité. L'écoute, l'empathie, la prise en compte de la souffrance, le long terme ? Terminé. D'ailleurs, rien qu'en 2005, 11 % des psychiatres seulement faisaient bénéficier tous leurs patients d'une psychothérapie. L'article évoque un praticien qui, dans les années 1970, au début de sa carrière, traitait jusqu'à soixante patients pour des séances de quarante-cinq minutes, et en voit aujourd'hui mille deux cents pour un quart d'heure. Trop de malades, trop d'exigence de rentabilité, une conception mécaniciste de l'être humain, le refus de des compagnies d'assurance de rembourser des prises en charge interminables, ont eu raison du bon vieux système. Avec des exemples bien frappés, l'article illustre de manière convaincante les difficultés pratiques rencontrées au quotidien par les psychiatres, y compris libéraux, qui voudraient sortir de cette spirale : difficultés financières insolubles, casse-tête organisationnel, impossibilité de maintenir son standing... Bref, « la parole ne rapporte pas », comme il était dit dès le titre de l'article.

Les cinq premières minutes

Le début, le milieu et la fin d'une consultation présentent des ressemblances importantes avec ceux d'une thérapie. Par exemple, les premières minutes de la première consultation contiennent en germe toutes les manifestations des difficultés relationnelles qui seront rencontrées dans les premières séances de thérapie : avec l'espoir qu'il y a au départ, la lune de miel thérapeutique, mais également la méfiance, les traumatismes antérieurs qui jouent sur la relation, etc.

Nous allons considérer les cinq premières minutes de la première séance de psychothérapie en se rappelant tout de même que chaque consultation devrait être considérée comme une première consultation, pour garder un esprit neuf, ouvert aux opportunités inattendues présentes potentiellement dans chaque séance. Un bon thérapeute sait s'étonner lui-même de sa créativité en séance.

Cela commence dès la prise de rendez-vous par téléphone : est-ce le patient lui-même qui appelle ou un membre de sa famille ? Cela est-il présenté comme une urgence ou le patient répond-il : « *Je me doutais bien que ça allait mettre un peu de temps.* »

Pour le malade, la consultation ne démarre pas à son arrivée dans le cabinet. Auparavant un certain nombre de séquences se sont déroulées : un temps de décisions qui constitue souvent un temps de discussion ou d'intervention pressante ou amicale de l'entourage, une prise de rendez-vous téléphonique avec les difficultés pour vous joindre, pour obtenir le bon horaire, mais également temps du trajet, se faire accompagner ou pas. En s'adaptant, le patient que vous faites entrer dans votre cabinet vous a donc déjà consacré beaucoup de temps. Comment s'étonner alors qu'il réclame un minimum d'écoute ?

La pré-alliance : c'est tout le travail imaginaire qui précède la rencontre. Ce travail imaginaire reste forcément indécis et ambivalent. Il expliquera les premiers rendez-vous non honorés, des rendez-vous annulés ou qu'une rencontre se fasse mais soit jugée insatisfaisante.

L'alliance thérapeutique se construit au fil des rencontres, elle peut cependant être très rapide, dès les cinq premières minutes, un « bon feeling » du patient, le sentiment qu'il a « frappé à la bonne porte ». Certains patients repèrent très vite qu'un thérapeute est vraiment dans l'empathie, l'engagement, le don et l'amour de ses patients. Mais certains patients, quelles que soient la personnalité et l'attitude du thérapeute resteront méfiants et sur leurs gardes et demanderont du temps pour être « apprivoisés ».

Chaque consultation devrait être considérée comme une première consultation, pour garder un esprit neuf, ouvert aux opportunités inattendues



Dès la réception en salle d'attente, au moment où la personne se lève et dit bonjour, tout est important d'observer : le regard, les vêtements qu'ils portent, la façon dont la personne marche. Il est toujours très important de regarder les pieds d'une personne quand elle marche : si elle traîne des pieds, si la marche est pesante comme avec des boulets, si la démarche est équilibrée ou pas. Le patient marche-t-il sur la pointe des pieds comme s'il ne voulait pas s'ancrer dans le sol ou d'un pas hésitant en zigzaguant autour des chaises avant de s'asseoir, ou encore hésite-t-il entre tel ou fauteuil. Il existe une infinité de variations qui n'est pas possible de décrire ici mais nous voudrions juste attirer l'œil du clinicien, afin qu'il exerce son intuition.

L'essentiel ensuite est le message que nous nous donnons au patient dans les cinq premières minutes : l'attention précise que l'on porte au contre-transfert immédiat. Est-ce qu'avec cette personne nous avons d'emblée envie d'être bienveillant ? Des choses dans cette personne nous inquiètent-elles ou nous font-elles peur ? Aurions-nous plutôt envie d'être en retrait ? Cela pose toute la question de l'influence que la personne est en train d'exercer sur nous et qui correspond à la crise qu'elle est en train de subir, et à l'équilibre (objectal, préciserait Edmond Gilliéron¹) qu'elle tente de rétablir avec nous. Le patient vient, et c'est vrai dans un grand nombre de cas, pour rétablir l'équilibre de la relation objectale qu'il a perdu : sa femme l'a quitté, son patron l'a viré, ses enfants ont grandi et quitté la maison. Ce patient est prêt à essayer de vous manipuler inconsciemment (transfert, contre-transfert, identification projective) pour vous amener à vous comporter vis-à-vis de lui comme le faisait « l'objet » ou le partenaire perdu ; et là si le thérapeute ne fait pas attention à son contre-transfert et accepte le « jeu relationnel

inconscient pathologique », la partie risque d'être jouée et perdue très rapidement (comme une partie d'échec en cinq coups !).

Pour le patient, la question au début peut être le retour au statu quo : il n'est pas question de changement à ce stade ; c'est comme s'il demandait : « changez-moi sans rien changer, changez-moi en me redonnant mon ancienne façon de fonctionner ». Désolé, mais après ce n'est plus comme avant ! Après c'est comme après ! En contrepartie, quel est le message que nous recevons du patient ?

La consultation

Il est important de noter systématiquement les premières phrases avec leur formulation exacte (cela peut servir plus tard, pour se recentrer sur la demande du patient, notamment, et les termes ne sont pas anodins), mais également toute l'énergie dégagée, c'est-à-dire quelque chose de beaucoup plus subtil dans le non-verbal ou le para-verbal, la façon dont la personne s'installe en retrait, dont elle est calée ou non dans le fauteuil, la manière dont elle se positionne.

C'est le moment où le thérapeute va s'accorder au type de communication : repérer si le patient est plutôt visuel, auditif ou kinesthésique (en référence à la PNL), car lors de la première rencontre, il s'agit de suivre le patient plus que de le conduire. À ce stade, le travail de l'écoute se fait plus dans la traduction que dans l'interprétation.

Pourquoi maintenant ? Alors que souffre-t-il peut-être depuis si longtemps ? A-t-il eu déjà des consultations psy ? Comment se sont-elles terminées ? Si le patient a déjà eu des consultations de ce genre, cela donne déjà des indications : qu'a-t-il apprécié ou bien alors n'a-t-il pas aimé dans l'attitude ou les techniques des psy consul-

Il est important de noter systématiquement les premières phrases avec leur formulation exacte (cela peut servir plus tard, pour se recentrer sur la demande du patient, notamment, et les termes ne sont pas anodins), mais également toute l'énergie dégagée

1 - Gilliéron, E., (1996/2004) *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris : Dunod, coll. « Psychothérapies ».
Gilliéron, E., (2004) *Manuel de psychothérapies brèves*, Paris : Dunod, coll. « Psychothérapies ».





29,00€

P20-32

Changer par la thérapie du chamane au psychothérapeute

Isabelle Célestin-Lhopiteau (dir)
Gérard Ostermann
Dunod
Coll. « Psychothérapies »

2011 – 368 p.

Première tentative d'approche interculturelle pour dégager les trois leviers du changement : sensorialité, travail émotionnel, rôle du groupe. Un livre important au moment où se fissure la notion d'un modèle occidental unique du soin psychothérapique.



33,00€

P21-32

Les bases de la psychothérapie

Olivier Chambon
Michel Marie-Cardine
Dunod
Coll. « Psychothérapies »

2010 – 384 p.

Premier ouvrage à mettre systématiquement en lumière les facteurs communs propres à l'ensemble des psychothérapies. Conçu dans une optique strictement didactique, ce livre est le premier à synthétiser un savoir-faire clinique en train d'accéder au statut de professionnalisation. Les principaux concepts et techniques de prise en charge psychothérapique sont étudiés et commentés avec des exemples cliniques et des schémas.

tés précédemment (autant le savoir rapidement pour ne pas reproduire les mêmes erreurs !). S'il y a eu un souci majeur d'accordage relationnel avec d'autres thérapeutes, il est important d'aborder assez vite la question des relations familiales ? A-t-il subi un abandon, des abus, des traumatismes ? Les échecs thérapeutiques sont souvent le fruit de blessures générant des peurs dans la relation d'aide.

Le cadre de la consultation

Selon Winston Churchill, « Nous construisons nos murs, mais nos murs nous façonnent ». La salle d'attente, le couloir d'un cabinet de consultation ou d'un service hospitalier ne sont-ils pas également des lieux où se dit quelque chose de l'éthique du ou des professionnels du soin en fonction ?

Le cadre, c'est l'espace symbolique dans lequel se développent les processus psychiques qui vont permettre un certain travail. Le cadre, c'est également un lieu et chaque cabinet à son identité, un cachet qui lui appartient. Classiquement ce lieu comporte peu d'éléments personnalisés, les bruits y sont atténués et ce doit être un lieu de confiance, de confidences et d'échanges de paroles. Le cadre c'est aussi et surtout une temporalité. C'est le temps de la séance : ça commence, ça finit, et généralement les séances durent 30 à 45 minutes. Nous pensons que pour le patient c'est très sécurisant de sentir que le cadre a été pensé pour assurer son bien-être. Même si le patient nous dit des choses fascinantes, nous ne le garderons pas plus longtemps et s'il nous dit des choses ennuyeuses, nous ne le garderons pas moins longtemps. Le cadre n'est pas manipulable, ce qui va permettre de vite révéler les tendances du patient à vouloir manipuler ce cadre ou la relation qui s'y déroule. Le cadre est cet espace, extérieur au sujet, qui va progressivement s'intérioriser pour devenir son espace intérieur de dialogue avec lui-même ou avec elle-même.

Le secret est un élément essentiel de la relation psychothérapique. Telle ou telle réflexion du thérapeute va alors être intériorisée, sans possibilité d'échapper à la réflexion personnelle. « Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret² ». Toute la relation d'aide se situe autour de la confiance, ce que les gens nous disent et parfois avec un peu de provocation : ce que je vous dis là, je ne l'ai jamais dit à personne³ ! C'est ainsi que la parole va travailler dans le patient jusqu'à la prochaine séance.

Le thérapeute

Si le cadre est fixe, en revanche l'attitude, et même le contre-transfert inévitable du thérapeute doivent s'assouplir très vite, dès les premières perceptions, les premières impressions : c'est le psychothérapeute caméléon.

Olivier Chambon et Michel Marie-Cardine parlent de typologie relationnelle en distinguant quatre styles bien différents à pouvoir adopter consciemment pour répondre aux besoins relationnels du patient⁴. Ainsi, très vite, il faut se laisser influencer par le patient dans le bon sens, tel un drapeau sensible au vent, c'est-à-dire qu'il faut très vite repérer dans quel sens souffle le vent.

Il ne faut pas imposer sa propre structure mentale et émotionnelle tout de suite. Le patient doit le plus vite possible se sentir accueilli et reconnu dans sa particularité relationnelle. En effet, le vécu insécure du patient est souvent au premier plan au tout début : il est juste d'orienter le questionnement et les interventions pour amener le patient, ici et maintenant, à trouver une expérience sécurisée partagée.

C'est toute l'opposition entre le traducteur et l'interprète évoquée ci-dessous. Le traducteur essaie d'être fidèle à la pensée de l'auteur même si traduire, c'est trahir (*Traduttore, traditore*), alors que si j'interprète (c'est un peu comme en musique), je brode autour de ce que l'autre m'offre et j'interprète en fonction de ce que je sais déjà (au lieu de le traduire à partir de lui !). Ce serait la différence de démarche ! Je dis souvent, par exemple, qu'en matière de douleur *le patient a toujours raison*. Sur le plan pratique (car pour moi la thérapie est avant toute une pratique), j'adopte aujourd'hui plus volontiers la position du traducteur que celle de l'interprète. Autrement dit, j'essaie d'être fidèle à ce que le patient va dire et comme il va le dire et mon rôle est de lui renvoyer : « *Quand vous me dites ça, c'est ça que vous me dites ou c'est autre chose ?* » C'est-à-dire que je suis passé au fil des années d'une écoute plutôt flottante à une écoute plutôt hyper attentive pour essayer de repérer la discordance entre ce qu'il croit dire et ce qu'il me donne l'impression de vouloir dire. Par exemple, si je pense aux hypocondriaques qui souffrent, ils ont besoin de souffrir pour pouvoir se sentir. L'emploi du terme « respect » envers la patient peut aussi s'expliciter ainsi : « Le patient est libre, le thérapeute est libre, pas de jugement, pas de menace, accepter toutes les facettes de sa personnalité, ne pas donner d'étiquette, être authentique, être digne de confiance, être empathique », précisait Gérard Vachonfrance.

Nous, thérapeutes, sommes une caisse de résonance qui doit amplifier la musique du patient : je ne vais pas faire ma propre musique sinon je vais couvrir la musique interne du patient. Il importe de repérer comment le patient ne s'aime pas ? Quelles sont en effet les auto-interruptions qu'il s'inflige : « *Je sais que vous allez trouver ça bête, je n'ai pas grand-chose à dire* », c'est-à-dire les jugements négatifs que le patient fait sur lui.

La question que nous pouvons nous poser en retour : c'est comment nous pouvons l'aimer bien, lui qui ne sait pas s'aimer. Évidemment, il ne s'agit pas d'un amour romantique : il ne

s'agit pas de besoin affectif, mais d'amour inconditionnel, de compassion. Comment est son enfant intérieur qui souffre ? Il est plus facile d'être rapidement en empathie avec « un enfant qui souffre » qu'avec la carapace défensive réactionnelle que nous présente l'adulte en face de nous !

Comment pouvons-nous utiliser par exemple la cohérence cardiaque, en nous mettant nous-mêmes en cohérence cardiaque pour augmenter notre empathie, notre sensibilité, et recevoir intuitivement l'information que le patient nous donne sur la « souffrance profonde de son cœur ». À défaut de l'aimer, nous pouvons le trouver sympathique. En effet, très vite il ne faut pas tomber dans le piège : oh oui quel personnage raté ! Quel personnage antipathique !

Comment le patient se voit comme victime ? S'il arrive en disant c'est à cause de sa femme ou son patron, etc., tout de suite nous essayons de repérer si le patient se voit comme une victime et en retour nous nous posons la question : comment pouvons-nous le voir ou le sentir comme quelqu'un de responsable, actif et créateur de sa vie ? Créateur au sens où cette personne a des ressources qui sont inutilisées. Cette dimension est très intuitive et rapide.

Observer le regard est essentiel. Cela permet de prendre en compte le message que le patient nous envoie : le thérapeute peut s'exercer à affiner son intuition des secrets enfouis dans la psyché du patient, mais aussi appréhender son style relationnel (regard fuyant, regard perçant, regard vague) et la place du patient dans son monde.

Pour conclure

Nous faisons volontiers nôtre cette célèbre phrase de Victor Raimy : « La psychothérapie est une technique indéfinie appliquée à des cas non spécifiques, avec des résultats imprédictibles. Pour cette technique, une formation rigoureuse est requise⁵ ».

Bibliographie

Chambon, O., (2009) *La médecine psychédélique. Le pouvoir thérapeutique des hallucinogènes*, Paris : Éditions Les Arènes.

Chambon, O., Marie-Cardine, M., (1999/2010) *Les bases de la psychothérapie*, Paris : Dunod, coll. « psychothérapies ».

Chambon, O., (2011) *Chamanisme et psycho-chamanisme, Hozho-Chamanismes et Médecines de la Terre*, n° 2.

Huguelit, L., Chambon, O., (2010) *Le chamane et le psy*, Paris : Mama Éditions.

Ostermann, G., et al., (2011) *Changer par la Thérapie*, Paris : Dunod, coll. « psychothérapies ».

Ostermann, G., et Combe, C., (2012) in Aïn, J., (dir) *Violences chaudes, violences froides*, Toulouse : Érès (sous presse).

Ostermann, G., et Queneau, P., (2000) *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris : Masson.

Ostermann, G., (2010) in Aïn, J., (dir) *Réminiscences*, Toulouse : Érès.

2 - Ordre national des médecins, art. 4 « Secret professionnel ».

3 - « Tu seras aimé le jour où tu pourras montrer ta faiblesse, sans que l'autre s'en serve pour affirmer sa force. », Cesare Pavèse.

4 - Chambon, O., Marie-Cardine, M., (1999/2010) *Les bases de la psychothérapie*, Paris : Dunod, coll. « Psychothérapies ».

5 - Raimy, V., (1949/1950) "Boulder conference on training in psychotherapy", in *Training in clinical psychology*, New York: Prentice Hall.



CENTRE INTERNATIONAL DE PSYCHOSOMATIQUE C.I.P.S

56 Avenue Mozart, 75016 Paris

Tél / fax: 01 45 20 28 75

FORMATIONS

- **Formation de Thérapeute en psychosomatique**
- **Formation à la Recherche en psychosomatique**
- **Formation à la Psychosomatique et relaxation**
- **Formation à la Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte**
- **Formation Art et psychothérapie**
- **Groupes de parole en psychosomatique**
- **Supervision pour thérapies individuelles et thérapies de groupe**
- **Initiation à la psychosomatique (formation à distance)**

Colloque international
« Cancer et psychosomatique relationnelle »
VENDREDI 8 ET SAMEDI 9 JUIN 2012
PARIS

Pour tout renseignement et inscription, s'adresser au
Centre International de Psychosomatique - tél. : 01 45 20 28 75 - <http://cips-psychosoma.org> - mail : c.i.psychosoma@wanadoo.fr