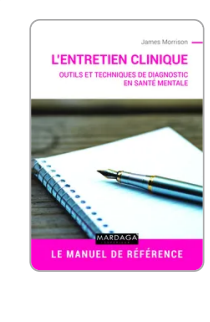
L'entretien clinique 2018



Chapitre d'ouvrage

Chapitre 16. Que faire lorsqu'on se heurte à une résistance ?

Par James Morrison

Pages 275 à 290

Psychologie de la santé
Psychologie c

Plan

Reconnaître la résistance
Pourquoi certains patients résistent-ils ?
Comment faire face à la résistance ?
  Gérer le silence
  Retards
  Techniques spéciales
Prévention
Votre attitude

Dans la plupart des entretiens, deux individus collaborent pour parvenir à un accord. La grande majorité des patients sont coopératifs, bien informés et (à des degrés divers) perspicaces. Mais tous les patients ont des intentions cachées, et parfois, celles-ci entrent en conflit avec les objectifs du premier entretien. C'est pourquoi de nombreux patients résisteront, d'une façon ou d'une autre, en essayant de ne pas vous donner l'ensemble des informations. Cela peut entraîner un comportement qui contrarie vos tentatives d'obtenir une base de données complète tandis que vous établissez la relation.

La *résistance* est toute tentative consciente ou inconsciente d'éviter un sujet ou une discussion. Comme presque tout le monde se sent mal à l'aise avec certains sujets, la résistance est sans doute le problème comportemental le plus fréquent que les cliniciens doivent apprendre à gérer. Pour un grand nombre de raisons, il est donc important d'aborder le problème de la résistance lorsqu'il se manifeste, plutôt que de simplement continuer sans essayer de déterminer ses causes (et d'y remédier).

Reconnaître la résistance

Pour contrer la résistance, vous devez d'abord la reconnaître. Parfois, c'est facile, surtout si elle prend la forme d'une déclaration aussi évidente que : « Je préférerais ne pas parler de ça. » Mais beaucoup de patients sont mal à l'aise avec la défiance ouverte ; ils peuvent vous résister de façons si subtiles que vous aurez du mal à les détecter. Soyez attentif à ces comportements susceptibles d'indiquer que votre entretien pourrait être en mauvaise posture :

Retard. Arriver en retard pour l'entretien est un signe classique de résistance. Elle est sans doute moins courante lors du premier entretien que pour les suivants.

Comportements volontaires. Un piètre contact visuel, des coups d'œil vers l'horloge, un patient qui répond à un appel ou à un SMS ou qui gesticule sur sa chaise suggère qu'il ne se sent pas à l'aise avec le sujet abordé à ce moment-là.

Comportements involontaires. Un rougissement, un bâillement ou quelqu'un qui avale sa salive avec difficulté peuvent être des signes de malaise. Le regard absent d'un patient souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT) tandis qu'il est en proie à un flash-back se situe entre le comportement volontaire et involontaire.

Mauvaise mémoire. Certains patients développent une mauvaise mémoire très « opportune » et répondent à certaines questions : « Je ne sais pas. » ou « Je ne m'en souviens pas. »

Omissions. Le patient ne mentionne pas certaines informations. À moins que certains informateurs fiables ne soient consultés, même les cliniciens expérimentés ont du mal à détecter ce type de résistance. « Je n'ai pas de problème » pourrait être une tentative manifeste d'enterrer des problèmes qui devraient être exhumés.

Contradictions. Une information qui contredit ce que vous pensiez avoir appris précédemment est assez facile à repérer, mais peut être difficile à faire accepter.

Changement de sujet. Changer de conversation peut être une tentative de s'éloigner d'un sujet que le patient voudrait éviter. Par exemple, vous demandez à Mr Blain ce qu'il ressent à propos de son divorce imminent ; il répond en disant que l'avocat de sa femme l'a saigné à blanc.

Exagérations. En amplifiant certains de leurs accomplissements, certaines personnes évitent d'affronter la réalité les concernant. Peut-être ne pouvez-vous pas détecter les exagérations individuelles, mais avec le temps, vous parviendrez mieux à discerner un schéma d'affirmations improbables.

Tactiques de diversion. On peut citer le fait de raconter une blague, de demander quelque chose à boire ou d'aller aux toilettes. Certains patients peuvent essayer de contrôler l'entretien en interrogeant le clinicien sur sa vie privée.

Silence. Il peut être un indicateur majeur de résistance. Attention à ne pas le confondre avec le temps de réflexion nécessaire à certains patients avant de répondre à une question complexe.

Une légère hésitation. La plus subtile de toutes est sans doute la légère hésitation avant de répondre à certaines questions.

Pourquoi certains patients résistent-ils ?

Les patients peuvent résister à dire toute l'histoire à un clinicien pour diverses raisons. Comprendre ces raisons peut donner la clé pour mettre un terme à la résistance.

- Une des raisons les plus courantes est d'éviter l'embarras qui peut se manifester, en particulier lors du premier entretien. Et c'est tout à fait compréhensible : mettre son âme à nu face à un parfait inconnu est l'antithèse naturelle de l'autoprotection. Il peut être particulièrement difficile de révéler un matériel sensible sur la sexualité, des activités illégales ou tout comportement qui témoigne d'une erreur de jugement.
- Certains patients (ou leurs familles) ont peur de la critique ou craignent que vous soyez choqué par leur histoire. Ils ont appris à éviter la désapprobation simplement en ne s'y exposant pas : ils gardent pour eux le matériel privé qu'ils considèrent comme répréhensible.
- Certains patients peuvent taire certaines informations parce qu'ils craignent ses implications pour le diagnostic, le pronostic ou le traitement. Les stigmates de la maladie mentale – le fait d'être considéré comme « fou » – en sont un exemple.
- Votre nouveau patient pourrait ne pas se sentir assez en confiance pour communiquer librement avec vous, en particulier à propos de pensées et de comportements qui pourraient porter préjudice à une relation amoureuse ou mettre en péril une situation professionnelle ou un statut juridique. Hélas, une précédente expérience pourrait avoir suscité la peur qu'un professionnel de la santé mentale puisse ne pas respecter la confidentialité.
- L'altruisme pourrait motiver un patient à protéger un ami ou un être cher d'une des conséquences mentionnées ci-dessus.
- Certains incidents ou pensées pourraient sembler trop triviaux pour être relatés.
- Le patient pourrait vous tester (consciemment ou non) pour voir si vous êtes assez intelligent ou persévérant (ou consciencieux) pour tenter de débusquer l'information dissimulée.
- Les patients peuvent garder pour eux des informations en raison d'une colère consciente ou inconsciente – une émotion pouvant avoir de nombreuses causes. Vous pouvez avoir dit quelque chose de contrariant de façon non intentionnelle ou le patient aurait pu revivre des sentiments éprouvés pour quelqu'un d'autre dans le passé ; c'est ce qu'on nomme le *transfert*. Bien sûr, le transfert ne se limite pas à des sentiments de colère.

Quelle qu'en soit la cause, vous ne devez pas permettre que la résistance reste inexplorée et incontestée. Vous devez essayer d'en déterminer la cause et d'y remédier. Cela peut être une grave erreur de passer outre des sujets importants ou de suivre passivement la voie tracée par le patient.

Comment faire face à la résistance ?

Avant tout, il est important que vous essayiez de comprendre les raisons de ce comportement (et d'y remédier si vous le pouvez). La première étape devrait consister à vous demander si vous avez fait quoi que ce soit qui aurait pu provoquer la résistance. Il peut s'agir d'une chose évidente que vous pourriez résoudre immédiatement.

CLINICIEN : Je m'aperçois que vous semblez plus silencieuse tout à coup. Quel pourrait être le problème ?

PATIENTE : Oh, je ne sais pas.

CLINICIEN : Je me demande si vous êtes contrariée parce que j'ai dit que je souhaitais voir votre mari ?

PATIENTE (*Long silence*) : Eh bien, je ne comprends pas pourquoi vous voulez le voir.

CLINICIEN : Pourriez-vous me dire ce que vous craignez ?

PATIENTE : Il ne comprendrait pas pour cette aventure dont je vous ai parlé. Il n'est pas du tout ouvert d'esprit.

CLINICIEN : Ah, je vois ce qui vous inquiète. Je pense que n'importe qui serait préoccupé à votre place, en pensant que son thérapeute pourrait trahir une confidence telle que celle-là. Mais ce n'était pas mon intention. Si je veux lui parler, c'est pour apprendre comment il perçoit vos problèmes conjugaux. Je pense que cela m'aiderait à mieux comprendre la situation dans son ensemble. Pensez-vous que je pourrais lui demander de se joindre à nous pour votre prochain rendez-vous ?

L'explication du clinicien a indiqué plusieurs choses à la patiente : 1) que le clinicien la comprenait, 2) que ses sentiments étaient parfaitement légitimes, 3) que ses craintes étaient infondées et 4) qu'elle serait présente pendant l'entretien avec son mari.

Mais trop souvent, vous ne parviendrez pas à identifier un point précis pouvant être corrigé rapidement. L'approche que vous privilégierez dépendra des différents aspects de la résistance :

- Ses causes
- Sa gravité
- Les formes qu'elle prend
- L'importance de l'information que vous recherchez

Gérer le silence

Un exemple courant de résistance légère est le silence gêné. Vous pouvez être confronté à cette réaction lorsque vous posez des questions sur la sexualité (voir Chapitre 9), mais cela peut se produire dans presque toutes les situations. En guise de première réaction, vous pourriez à votre tour réagir par un léger silence. Vous pourriez essayer de regarder au loin pendant quelques secondes pour manifester votre volonté d'attendre. En ne disant rien pendant quelques instants, vous laissez davantage de temps à votre patient. Peut-être était-ce tout ce que signifiait le silence. Mais s'il s'agit au contraire d'une résistance précoce, vous laissez au patient le temps de résoudre le conflit.

Cependant, une absence de réponse prolongée pourrait créer un précédent de rétention d'information pour la suite de l'entretien, et ce n'est pas dans l'intérêt du patient. Si un intervalle décent (pas plus de 10 à 15 secondes) ne suffit pas à provoquer une réponse, vous devriez sans doute intervenir.

Pendant un bref silence, les pensées de votre patient peuvent avoir vagabondé, votre étape suivante devrait donc consister à redéfinir la question en la reposant sous une forme différente. Voici un bref exemple :

CLINICIEN : Comment s'est passée votre vie sexuelle ?

PATIENTE : (*Elle regarde le sol en silence pendant 15 secondes.*)

CLINICIEN : Je me demandais si vous aviez eu des problèmes au niveau de votre vie sexuelle.

Si la question semble importante (l'incapacité de la patiente à répondre suggère que cela pourrait être le cas), vous devriez sans doute persévérer. Essayez de laisser à la patiente le contrôle de ce qui sera dit en la rassurant.

CLINICIEN : Dites-moi ce que vous vous sentez à l'aise de me dire sur votre vie sexuelle.

PATIENTE : C'est vraiment difficile pour moi.

CLINICIEN : Je le comprends. Mais c'est important et il est sans danger d'en parler ici.

Une autre tactique consiste à combiner plusieurs approches. Vous pourriez formuler quelque chose de ce genre :

« Beaucoup de gens ont des difficultés avec les sujets sensibles comme celui-là. Je suis vraiment désolé de vous gêner ainsi, mais pour vous aider du mieux que je peux, j'ai besoin de toutes les informations que je peux obtenir. S'il vous plaît, essayez de m'aider. »

Dans ce seul discours, vous avez 1) exprimé votre sympathie, 2) souligné la normalité des sentiments de votre patiente, 3) mis l'accent sur l'importance d'obtenir une base de données complète et 4) fait appel à l'aide de la patiente.

Pourtant, une autre approche consiste à essayer de mettre des mots sur les émotions que votre patiente pourrait éprouver. Si vous le faites correctement, vous améliorerez votre image, vous permettant d'être perçu comme un thérapeute empathique et perceptif à qui elle peut confier ses secrets. Vous maximiserez vos chances de succès en nommant plusieurs émotions possibles, comme dans cet exemple :

« Je vois que cette question vous pose un réel problème. Parfois, les gens ont du mal à répondre à des questions lorsqu'ils ressentent de la honte. Parfois, c'est de l'anxiété ou de la peur. Éprouvez-vous l'un de ces sentiments maintenant ? »

Même si vous avez posé une question différente de votre question d'origine, les deux sont liées. Votre patiente peut répondre plus facilement à la seconde. Et notez que vous avez nettement augmenté vos chances de deviner l'émotion ressentie en proposant plusieurs émotions négatives possibles.

Vous voulez renforcer l'habitude de vous répondre chez votre patiente et un simple geste vaut mieux que de ne rien faire. Une fois que vous avez obtenu la moindre réponse, même un haussement d'épaules ou une moue, vous pouvez souvent en profiter pour relancer le dialogue.

CLINICIEN : Cela doit vous bouleverser, n'est-ce pas ?

PATIENTE : (*Elle hoche la tête.*)

CLINICIEN : Je pense que nous devrions peut-être avancer et parler plutôt de votre éducation. Cela vous semble-t-il être une bonne idée ?

PATIENTE : (*Elle hoche la tête.*)

CLINICIEN : Pensez-vous pouvoir parler de ce sujet ?

PATIENTE : Oui… Je pense.

CLINICIEN : Cet autre sujet est important, mais ce n'est à l'évidence pas le moment d'en parler. Nous y reviendrons plus tard.

Reporter la discussion relative à un sujet délicat, comme dans l'exemple précédent, est sans doute l'une des méthodes les plus employées pour gérer la résistance modérée à grave. La technique sacrifie l'information au bénéfice de la relation et de l'intégrité de l'entretien, vous devriez donc l'utiliser avec modération. Il est important que le patient comprenne que le sujet n'est pas clos, mais simplement ajourné.

Une réponse telle que « Je ne sais pas » vous donne davantage d'informations qu'un silence de plomb ; s'il se répète trop souvent, cela peut entraîner l'interruption de l'entretien. Parfois, vous pouvez parvenir à sortir de l'impasse en répondant :

« Eh bien, qu'en pensez-vous ? »

Hélas, souvent vous n'obtenez que cette réplique prévisible (et exaspérante) : « Je ne sais pas. »

Mais si vous ne recueillez que peu d'informations de toute façon, vous ne prendrez pas beaucoup de risques en imposant une rare confrontation.

Vous pourriez obtenir des indices sur la raison de cette résistance. Dans l'exemple suivant, la patiente confrontée se nomme Julie, une jeune fille de 16 ans :

CLINICIEN (*Se penche en avant et sourit.*) : À plusieurs reprises, quand vous avez dit « Je ne sais pas », c'était à propos de questions pour lesquelles je pense que vous connaissez la réponse. Que pensez-vous qu'il puisse se produire si vous ne vous empêchiez pas de répondre ?

JULIE : Je ne sais pas.

CLINICIEN : Beaucoup de gens ne parlent pas parce qu'ils sont contrariés par quelque chose. Avez-vous été contrariée ?

JULIE : Peut-être.

CLINICIEN (*Sourit*) : Peut-être que nous devrions essayer de comprendre cela. Que ressentez-vous il y a un instant ?

JULIE : Mon imbécile de mère m'a forcée à venir. (*Silence.*)

CLINICIEN : C'était donc l'idée de votre mère que vous veniez ici ?

Cet exemple est une démonstration de la confrontation et de l'énoncé des émotions que nous avons mentionnés. Il évoque également plusieurs autres techniques qui peuvent aider à lever les résistances :

- Concentrez-vous sur la description des symptômes ; pour l'instant, ne vous préoccupez pas de leur signification éventuelle.
- Passez des faits au ressenti. La résistance a en général un fondement émotionnel. Ce clinicien a reconnu que les émotions devaient d'abord être explorées avant de passer au récit de l'histoire.
- Mettez l'accent sur ce qui est normal. Les patients concluent parfois qu'ils doivent être très bizarres pour être suivis par un clinicien en santé mentale. Julie aurait pu se sentir mieux si elle avait appris que son praticien avait déjà rencontré ce comportement auparavant et ne l'avait pas trouvé étrange.
- Refusez le comportement ; acceptez la personne. En vous penchant en avant et en employant des mots chaleureux et un ton amical, le clinicien de Julie a clairement indiqué 1) une acceptation inconditionnelle de la patiente en tant que personne et 2) le souhait d'une réponse différente.
- Ayez recours à des encouragements à la fois verbaux et non verbaux. Une fois que le patient a commencé à parler, le clinicien encourage à de nouveaux efforts par un sourire et en faisant une suggestion en s'appuyant sur la réponse « Peut-être. »
- Vantez les mérites du patient lorsqu'il donne une réponse. D'autres encouragements (hochements de tête, paraphrases) ont été abordés dans le Chapitre 4.
- Concentrez-vous sur les centres d'intérêt du patient. Dès qu'il est devenu clair que cette patiente supportait mal d'avoir été forcée de venir, le clinicien a orienté la conversation sur sa relation avec sa mère. Par la suite, la séance est devenue bien plus productive.
- Une autre technique consiste à rechercher un modèle du comportement ou des affects en question qui soit moins chargé émotionnellement et de discuter du modèle en premier lieu. Souvent, il peut s'agir d'un épisode similaire qui est arrivé au patient il y a longtemps, mais il peut également avoir affecté un ami ou un proche. Voici comment le processus fonctionne :
CLINICIEN : Vous sentiez-vous si mal pour avoir pensé à vous blesser ?

PATIENT : Je… Je ne saurais pas dire.

CLINICIEN : C'est un sujet assez bouleversant, n'est-ce pas ?

PATIENT : (*Il hoche la tête.*)

CLINICIEN : N'avez-vous pas dit que vous aviez fait une tentative de suicide il y a plusieurs années ?

PATIENT : Oui. (*Long silence.*)

CLINICIEN : Que s'est-il passé à ce moment-là ?

PATIENT : J'ai fait une overdose avec les comprimés de ma femme. Mais je les ai vomis.

CLINICIEN : Vous deviez vous sentir désespéré.

PATIENT : (*Il hoche la tête.*)

CLINICIEN : Vous ressentez la même chose maintenant ?

PATIENT : Je suppose que oui. Mais je n'aime pas en parler. Cela fait peur à ma femme.

Avec plusieurs variantes, cette technique peut parfois vous permettre d'aborder une conversation plus fructueuse après l'échec d'une approche directe. Mais si le seul résultat est une plus grande résistance, vous devriez probablement changer de sujet – tant que le report ne risque pas de mettre le patient en danger.

Parfois, ce sont les patients qui adoptent spontanément cette technique consistant à passer à un sujet moins chargé d'émotions. Lorsque cela se produit, demandez ensuite :

« Voyez-vous un lien entre ce qui s'est passé à ce moment-là et votre comportement récent ? »

La plupart des patients verront le lien. Pour les autres, vous pouvez établir vous-même le parallèle avec tact.

Retards

Après un seul incident, vous ne savez pas si les retards deviendront un problème chronique. Si le patient est en retard pour le premier entretien, et si vous avez encore assez de temps, il ne serait pas incongru de mener l'évaluation à son terme. Dans le cas contraire, votre meilleure option est de dire : « Faisons bon usage du temps dont nous disposons et mettons-nous immédiatement au travail ».

Mais le patient qui est souvent en retard aux rendez-vous est le fléau de nombreux praticiens dans le domaine de la santé mentale. Si cela ne se produisait qu'une fois ou deux, vous pourriez sans doute l'ignorer. Certaines personnes ont l'habitude d'être en retard partout, mais il n'est pas très utile d'accepter cela comme si c'était une raison valable ; les retards chroniques ne nuisent pas seulement aux professionnels de la santé mentale. Je ne recommande pas d'accorder du temps supplémentaire à quelqu'un qui est toujours en retard : cela envoie le message que cela n'a pas d'importance si on ne remplit pas ses obligations personnelles, et cela pénalise injustement le patient qui a le rendez-vous suivant. C'est un comportement que vous devez gérer comme une forme de résistance.

Tout d'abord, assurez-vous que le patient ne pense pas que vous vous sentez offensé. Et vous ne devriez pas l'être : cela n'a rien à voir avec vous ; il s'agit du problème du patient (peut-être celui-là même qui est à l'origine du traitement). Vos paroles et votre comportement devraient plutôt communiquer le message suivant : « Je suis préoccupé par le fait que vous ne receviez pas l'aide dont vous avez besoin. » Invitez le patient à en explorer les raisons possibles avec vous : « Que craignez-vous qu'il se produise lors de notre séance ? ». Mais vos efforts devraient viser à corriger le comportement : « D'après vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider à arriver ici à l'heure ? » Vous aborderez sans doute l'utilité des alarmes et des rappels que le patient peut télécharger gratuitement via de nombreuses applications gratuites pour smartphones.

Techniques spéciales

Plusieurs autres techniques sont parfois employées pour contrer la résistance. Pour la plupart, ces stratégies s'appliquent dans des situations spécifiques ou à des types de patients précis. Notez que les cliniciens emploient rarement ce type de techniques spécialisées.

- Proposez une excuse aux informations peu favorables au patient. En l'aidant à trouver des raisons plausibles, vous pourriez encourager votre patient à être franc à propos de problèmes embarrassants ou éprouvants.
CLINICIEN : Quelle quantité d'alcool avez-vous bue récemment ?
PATIENTE : Pas beaucoup. Je ne compte pas vraiment.
CLINICIEN : Avec tout le stress lié à la mort de votre mari, j'ai pensé que vous aviez pu recommencer à boire avec excès, comme ce qu'il s'est passé il y a quelques années, au moment de la mort de votre mère.
PATIENTE : Vous avez raison. J'étais tellement bouleversée. Si je n'avais pas bu trois ou quatre whiskys bien tassés chaque soir, je n'aurais jamais pu m'endormir.
- Exagérez les conséquences négatives de ce qui *ne s'est pas* passé. En insistant sur la pire issue possible d'un comportement, vous diminuez l'anxiété du patient sur ce qui s'est produit en réalité.
CLINICIEN : Lors de cette dispute, avez-vous réellement blessé votre femme ?
PATIENT : Eh bien… (*Silence.*)
CLINICIEN : Eh bien, l'avez-vous tuée ?
PATIENT : Non ! Je l'ai juste un peu malmenée.
- Incitez votre patient à se vanter. Parfois, un patient fait de la rétention d'information à propos d'un exploit dont il semble secrètement fier. Certains cliniciens essaient d'encourager la franchise en laissant entendre de façon subtile une admiration pour certains aspects du comportement en question.
CLINICIEN : Quelle quantité d'alcool buviez-vous à ce moment-là ?
PATIENT : Oh… C'est difficile à dire.
CLINICIEN : Vous êtes plutôt costaud. Vous devez avoir une bonne descente.
PATIENT : Je me suis bien défendu à une certaine époque.
CLINICIEN : Je parie qu'ils finiraient encore tous sous la table contre vous !
PATIENT : Oh, je suppose que j'ai gagné ma part de paris « cul sec ».
Cette technique permet de tisser la relation tout en obtenant des informations. Même si elle est sans doute assez inoffensive appliquée à l'usage de substance, je crains qu'elle ne puisse renvoyer un message d'approbation au patient souffrant d'un trouble de la personnalité et dont les activités impliquent un comportement sexuel abusif, des bagarres ou un comportement criminel. S'il vous arrive d'employer cette technique, faites attention à ne pas tolérer ou encourager le comportement en soi. Pour être franc, je n'y ai guère eu recours.

Prévention

Comme pour tout autre problème, aucun remède à la résistance n'est aussi efficace que la prévention. Les stratégies suivantes devraient vous aider à éviter les techniques les plus retorses que nous venons d'aborder.

- Si avant que l'entretien ne commence vous parvenez à obtenir des informations sur le caractère ou la façon d'interagir de votre patient, cela pourrait vous aider à modifier votre approche des sujets difficiles.
Les ressources possibles sont le bouche-à-oreille via les cliniciens référents et les dossiers liés aux précédentes hospitalisations.
- Parfois, vous remarquez d'emblée que votre patient est peu disposé à parler. Une mine renfrognée, un soupir ou les yeux levés au ciel peuvent vous donner un indice, avant même que vous ne commenciez à parler. Si c'est le cas, il est peut-être temps d'enfreindre ma règle énoncée dans le Chapitre 1 et de commencer par bavarder. Quelques instants de conversation sur une chose que vous avez en commun (la météo ou un intérêt pour le sport) pourraient contribuer à vous identifier comme « sympathique » et à réduire l'antagonisme du patient. L'objectif du bavardage – préparer le terrain d'une conversation productive avec un patient potentiellement difficile – implique deux mises en garde : 1) la politique et la religion ne sont jamais des sujets anodins, manipulez-les comme une seringue usagée ; 2) quel que soit le sujet, évitez de prendre une position qui puisse être considérée comme marquée ou controversée. Cela pourrait entraîner une confrontation qui n'est pas utile dans un entretien déjà difficile.
- Surveillez attentivement vos réactions aux informations que vous obtenez. Si votre discours ou vos réactions faciales laissent transparaître la surprise ou la désapprobation, vous pourriez nuire à la relation et limiter la quantité et la qualité des informations recueillies.
- Répondez aux questions de façon aussi complète et honnête que vous le pouvez. Bien sûr, c'est l'approche qu'il convient d'adopter avec tout patient, mais prendre soin d'indiquer ouvertement et avec attention vos intentions et les bénéfices possibles d'une coopération pourrait contribuer à réduire la méfiance d'une personne paranoïaque ou même psychotique.
- Individualisez vos techniques de recueil de l'information. Certains patients ne supporteront pas d'être précipités. Ils ne sont pas psychotiques, pas plus qu'ils ne souffrent de démence ; ils ont simplement besoin de raconter leur histoire à leur propre rythme. Lorsque vous rencontrez de tels patients, autant oublier le programme que vous aviez établi, détendez-vous et profitez du récit. Vous aurez votre histoire – peu à peu – et vous préserverez la relation.
- En préambule aux questions du MSE relatives au délire, aux hallucinations et aux différents repères, indiquez que ce ne sont que des « questions de routine ». Cela devrait contribuer à désamorcer toute crainte que vous suspectiez votre patient d'être lent d'esprit ou psychotique.
- Si vous êtes confronté à un matériel psychotique tel que des idées délirantes ou des hallucinations, n'argumentez pas. Vous ne gagnerez aucun point en réfutant ce que votre patient « sait » être vrai. Mais vous ne devriez pas non plus adhérer à une chose que vous savez fausse : vous ne voulez pas renforcer la psychose. Demandez plutôt au patient depuis combien de temps il ressent cela ou insistez sur votre préoccupation pour le malaise qu'il éprouve. Par exemple, le patient peut être effrayé par le contenu des hallucinations.

Votre attitude

Comme nous l'avons noté un peu plus tôt, avec chaque patient, il est important de comprendre vos propres émotions. Si vous remarquez que vous ressentez de l'ennui, de la colère ou du dégoût, demandez-vous :

« Pourquoi ? » Ce patient vous rappelle-t-il quelqu'un, comme un superviseur, un parent ou un époux (se) ? (Lorsque les émotions éprouvées par un thérapeute vis-à-vis d'un patient sont induites par des relations personnelles, nous parlons de *contre-transfert*). Certains traits de la personnalité de ce patient vous rappellent sans doute certains des vôtres, parmi les moins admirables. Ressentez-vous de l'anxiété à propos de votre propre santé, de votre mariage ou de votre famille ? Ces émotions sont très répandues, par conséquent même les cliniciens expérimentés doivent travailler pour éviter leur intrusion dans les relations thérapeutiques.

Un patient qui est peu coopératif ou difficile par d'autres aspects vous met au défi. En tant que clinicien, vous ne devez pas vous laisser emporter par un comportement passif-agressif, le sarcasme ou la colère. Un affect aussi négatif, surtout lorsqu'il intervient au début de la relation, peut mettre en péril un entretien et porter sérieusement atteinte à la relation future. Si vous vous apercevez que vous vous sentez mal à l'aise pendant un entretien, demandez-vous :

« Pourquoi est-ce que je me sens aussi contrarié ? »

« Quel est le message qui est en train de m'échapper ? »

« Qui ce patient me rappelle-t-il ? »

Les réponses à ces questions devraient vous aider à déterminer quelles sont les mesures correctives que vous devez prendre.

CAIRN.INFO MATIÈRES À RÉFLEXION

Cairn.info, plateforme de référence pour les publications scientifiques francophones, vise à favoriser la découverte d'une recherche de qualité tout en cultivant l'indépendance et la diversité des acteurs de l'écosystème du savoir.

Raccourcis
Revues
Ouvrages
Que sais-je ? / Repères
Magazines
Rencontres
Dossiers
Listes de lectures

Domaines
Sciences Humaines et Sociales
Sciences, techniques et médecine
Droit et Administration

Cairn.info
Connexion
Cairn Pro
À propos
Contact
Aide

Langues
Français
English
Español

Avec le soutien de
CNL CENTRE NATIONAL DU LIVRE

Retrouvez Cairn.info sur

Conditions d'utilisation | Conditions de vente | Politique de confidentialité | Gestion des cookies | Accès institutions

Accessibilité : partiellement conforme

Université de Lorraine - 193.50.135.4