

Thérapies brèves : situations cliniques

Chez le même éditeur



DES MÊMES AUTEURS

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. DOUTRELUGNE, O. COTTENCIN. 2008, 2^e édition, 224 pages.

DANS LA MÊME COLLECTION

Applications en thérapie familiale systémique, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. 2008, 288 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. PALAZZOLO. 2007, 2^e édition, 280 pages.

Les troubles obsessionnels compulsifs. Principes, thérapies, applications, par M. BOUVARD. 2006, 2^e édition, 264 pages.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, par M. BOUVARD, J. COTTRAUX. 2005, 4^e édition, 336 pages.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, par M. BOUVARD. 2002, 2^e édition, 312 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. SALEM, É. BONVIN. 2007, 4^e édition, 344 pages.

Thérapies de groupe brèves. Conduite et illustrations cliniques, par J. GUIMÓN, B. WEBER-ROUGET. 2002, 288 pages.

DANS LA COLLECTION « MÉDECINE ET PSYCHOTHÉRAPIE »

Les personnalités pathologiques, par Q. DEBRAY, D. NOLLET. 2008, 5^e édition, 224 pages.

Les thérapies familiales systémiques, par K. ALBERNHE, T. ALBERNHE. 2008, 3^e édition, 320 pages.

Les thérapies comportementales et cognitives, par J. COTTRAUX. 2004, 4^e édition, 416 pages.

Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, par Q. DEBRAY. 2005, 240 pages.

Psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité, par J. COTTRAUX, I.M. BLACKBURN. 2006, 2^e édition, 320 pages.

Collection
Pratiques en Psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Yves Doutrelugne
Olivier Cottencin

coordinateurs

Thérapies brèves : situations cliniques



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-70292-1

ELSEVIER MASSON S.A.S. – 62, rue Camille Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Liste des auteurs



Éric BARDOT est psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute et formateur à La Roche-sur-Yon; pionnier en France du traitement de la douleur chez les enfants, du dessin solutionniste et de l'utilisation des tests projectifs par le dessin; créateur du HTSMA.

Olivier COTTENCIN est psychiatre, service de psychiatrie et addictologie de liaison, CHRU de Lille; co-auteur de *Thérapies brèves : principes et outils pratiques* (Masson, 2008, 2^e édition).

Yves DOUTRELUGNE est médecin, psychothérapeute et formateur; chargé de conférences à l'université libre de Bruxelles et à l'université de Lille II; co-auteur de *Thérapies brèves : principes et outils pratiques* (Masson, 2008, 2^e édition).

Luc ISEBAERT est psychiatre, père du «Modèle de Bruges», particulièrement connu pour ses thérapies orientées solutions en alcoologie. Auteur de nombreux livres en plusieurs langues dont *Pour une thérapie brève : le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*, écrit avec Marie-Christine CABIÉ (Erès, 1997).

Dominique MEGGLÉ, psychiatre à Toulon, est auteur d'une soixantaine d'articles et de quatre livres : *Les Thérapies brèves* (Retz, 1990), *Le moine et le psychiatre* (Bayard éditions, 1995), *Erickson, hypnose et psychothérapie* (Retz, 1998), *La dépression* (Presses de la Renaissance, 2002).

Préface



Les voilà... et pour notre plus grand plaisir !

Après le succès du premier ouvrage des docteurs Yves Doutréluigne et Olivier Cottencin, *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, qui nécessita une seconde édition revue et augmentée, les auteurs nous proposent un deuxième ouvrage très complémentaire au précédent.

Ce nouvel ouvrage présente à mon sens trois différences et témoigne d'une constance.

Première différence de fond, le livre aborde des exemples de thérapie pour des psychopathologies spécifiées ; il approfondit donc en les illustrant les principes thérapeutiques des thérapies brèves systémiques.

Deuxième différence de fond, les deux auteurs principaux se sont entourés d'autres plumes, et preuve du dynamisme de ce courant de thérapie, l'un est un de leurs maîtres, le deuxième expose son approche des problèmes liés à l'alcool et le troisième propose une version déjà évolutive d'une technique pourtant encore perçue comme moderne (l'EMDR¹).

Une différence également, puisque certes sous une autre forme, les textes ont tous été des supports à communications scientifiques. Leur contenu présent intègre donc les réactions de la communauté médicale lors de leur présentation.

Une constante enfin : l'humanisme, la présence discrète de l'humour et la profonde impression de bienveillance qui se dégagent tant des deux ouvrages que de l'ensemble des auteurs.

Le chemin est ainsi tracé... Ne doutons pas que d'autres contributions suivront.

Guillaume VAIVA

Psychiatre professeur des universités, Lille II
Chef du secteur des urgences psychiatriques du CHU de Lille

1. *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*.

Introduction et remerciements



La parution de notre précédent ouvrage *Thérapies brèves : principes et outils pratiques* a suscité intérêt et réflexion : loin des traditionnelles chapeaux, la coexistence féconde de six modèles conduisant à un même objectif n'a pas cessé d'étonner...

Mais il manquait les illustrations, dans différents domaines cliniques, des applications de ces outils sur le terrain. Nous avons choisi de demander à des amis – que nous remercions de leur amitié – de bien vouloir relever avec nous ce défi, les sachant mus par le même esprit, la même bienveillance et la même compétence, chacun dans leur domaine spécifique.

Dans une sereine et agréable collaboration, ils nous livrent ici le meilleur de leur expertise. De la TOS², utilisée et évaluée en alcoologie au HTSMA³ récemment créé, aux résultats prometteurs, ils avaient une totale liberté de contenu comme de style. Ceci explique que chaque auteur ait son ton et sa méthode. Souhaitons que le débat entamé continue sur ces pratiques qui ne cessent d'évoluer vers encore davantage de cohérence intellectuelle et stratégique.

Nous tenons à remercier ici les collaborateurs de nos associations pour leur échange constant et dynamisant au jour le jour sur leur pratique clinique et leur réflexion. Je pense particulièrement à Marjorie, Betty, Françoise, les deux Olivier, Christophe, Thierry et Éric. Et aux Antilles à Anne et Vincent.

Nous tenons à remercier aussi les praticiens actifs au sein de la Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves (CFHTB) car c'est au sein de cette Confédération que naissent et se nourrissent une bonne partie de nos réflexions et de nos liens.

Remercions enfin nos relecteurs, Laurence et Pierre, qui ont abattu un travail colossal nous permettant d'affiner notre expression.

Docteurs Yves DOUTRELUGNE et Olivier COTTENCIN

2. Thérapie orientée solution.

3. Hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs.

Liste des abréviations



AREPTA	Association régionale pour une thérapie active
AS	assistant social
CT	tomodensitométrie
dss	différence statistiquement significative
EEG	électroencéphalogramme
EMDR	<i>Eyes Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EMG	électromyogramme
HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
HL	hospitalisation libre
HTSMA	hypnose, thérapie stratégique et mouvements alternatifs
HW	<i>Homework</i> , devoir à la maison, tâche thérapeutique
IMO	intégration par les mouvements oculaires
Malt	<i>Münchner Alcohol Test</i>
MRI	<i>Mental Research Institute</i>
PNL	programmation neurolinguistique
SAJ	service d'aide à la jeunesse
SPJ	service de protection judiciaire
TCC	thérapie comportementale et cognitive
TOC	trouble obsessionnel compulsif
TOS	thérapie orientée vers les solutions

1

Les pensées qui angoissent : comment les travailler...

Y. DOUTRELUGNE



Pourquoi travailler ses croyances ?

Les croyances du patient qui favorisent la construction de son problème se repèrent et se travaillent souvent dès la première minute du premier entretien¹.

En TCC (Thérapie comportementale et cognitive), différents auteurs ont décrit des listes de croyances dysfonctionnelles d'importance et de contenu variés. Personnellement, dans le domaine de la peur, de l'estime de soi et de la dépression, j'en retiens trois, une quatrième résumant les trois premières :

1. Le tout ou rien.
2. Les [verbes d'] obligations.
3. Je dois être compris, apprécié et aimé.
4. Je dois être parfait, tout le temps et tout de suite.

Les pensées, les comportements, les ressentis physiques et émotionnels sont en interaction circulaire systémique. Les thérapies brèves, en ce compris l'hypnose thérapeutique et l'HTSMA, s'adressent directement à ces quatre paramètres.

Une façon de travailler ces croyances est de demander au patient, quand il exprime une croyance, « Où avez-vous appris cela ? ». Le patient peut alors faire référence à tel ou tel épisode passé de sa vie au cours duquel il s'est imprégné de cette croyance. Et depuis lors, il pense, agit, ressent

1. Je dis volontiers « Si je pensais comme vous, je serais aussi anxieux (déprimé) que vous ».

émotionnellement et corporellement de façon différente... Nous pourrions travailler cet épisode passé en HTSMA comme on travaille un traumatisme.

Cette approche, qui fait référence au passé, se retrouve en *hypnothérapie* dans les techniques appelées *Affect bridge* ou *Somatic bridge* qui, à partir d'un affect ou d'un symptôme corporel, établissent des « ponts » avec des événements passés dont on peut modifier le souvenir et les conséquences.

Avec moins de références au passé, le thérapeute peut utiliser les outils décrits ci-dessous. Il peut le faire de façon « logique » ou « analogique », sans ou avec usage de l'hypnose. Cet usage de l'hypnose sera formel (avec une sorte de « déclaration d'hypnose ») ou – le plus souvent – sous forme d'hypnose conversationnelle (c'est-à-dire introduite dans la conversation thérapeutique sans être nommée).

Le tout ou rien

C'est un type de pensée dichotomique : tout est blanc ou noir, il n'y a pas de gris, pas de nuance, pas de progression de l'un à l'autre ou de l'autre à l'un. C'est le règne du clivage, de l'extrême, alors que tout ce qui est extrême est dérisoire...

Comment la repérer ?

Quand le patient utilise les mots *tout le temps, toujours, jamais, complètement, pas du tout, parfaitement, totalement*, etc. nous y sommes !

Dans les addictions, par exemple, Cummings dira que le dépendant « s'envoie en l'air » avec sa substance puis retombe au fond du puits. C'est comme s'il passait *de la cave au grenier* dans une bâtisse – lui ! – qui n'a pas de rez-de-chaussée (fig. 1.1). Avec lui, il faudra construire cet étage intermédiaire dans lequel, abstinant, il va apprendre à vivre hors des grandes oscillations (fig. 1.2). Il y trouvera la vie un peu terne, loin des flashes d'antan... Le gris ?

Comment intervenir ?

Tout l'art du thérapeute consiste, face à ce « tout », à introduire une faille dans ce qui semblait « bétonné », monolithique. Erickson était un orfèvre en la matière :

- P : « Je ne guérirai jamais, autant en finir ! »
- E : « Il y a une toute petite possibilité que vous guérissiez mais il y a, bien sûr, beaucoup plus de possibilités que vous ne guérissiez jamais. »

C'est la porte ouverte par un *changement minimum*.



FIG. 1.1. – *Du grenier à la cave.*



FIG. 1.2. – *Étage intermédiaire.*

LE QUESTIONNEMENT

En reprenant ces mots, suivis d'un point d'interrogation : « Toujours ? », « Complètement ? », « Pas du tout ? », « Jamais ? », nous relativisons l'extrême qui nous est proposé et des exceptions apparaissent là où il semblait ne pas y en avoir.

- Mon fils est toujours grossier. Toujours ? Non, surtout quand il est fatigué.
- Mon mari n'est jamais à l'heure. Jamais ? Si ! Mais ça m'énerve chaque fois...
- Je ne suis pas complètement heureuse. Ah ! Vous non plus ?

Nous décrivons une série de *métaphores d'apprentissage progressif* dans la quatrième croyance.

TRAVAIL AVEC LES PARTIES

Face à l'ambivalence (j'ai envie et pas envie, j'aime et je hais, etc.) nous utilisons volontiers l'expression *une partie de vous* et *une autre partie de vous*² pour travailler avec ces entités comme si elles existaient. C'est un *dialogue entre parties*, chaque partie étant respectable et ayant droit à la parole. « Je reconnais qu'il y a en vous une partie X qui n'est pas majoritaire alors que la partie Y est majoritaire. Quand la partie X deviendra supérieure ou égale à Y, les choses changeront d'elles-mêmes ». Ce type d'intervention est couramment utilisé quand le patient dit « qu'il ne sait pas choisir ». En réalité, *il est impossible de ne pas choisir* : il vit quelque part, peut-être avec quelqu'un, continuant dans tel travail, etc. Aujourd'hui il a choisi d'être là où il est et il a de bonnes raisons de le faire. Demain, on verra !

Noémie, 26 ans, consulte en urgence parce qu'elle souffre depuis peu de violentes attaques de panique. Elle vit depuis 4 ans avec Michel dont elle dit le plus grand bien. Elle concède néanmoins qu'il a parfois des comportements « bizarres ». Récemment, il l'a frappée, a cassé la porte de sa chambre et défoncé le plafond de cette même chambre, a uriné sur elle, etc. Tous ses amis et sa famille lui disent : « Quitte-le, il te rend malade ! ». Noémie va de crise en crise... Quand je la reçois, je l'interroge sur sa relation avec Michel. Elle vit toujours avec lui. Quand je lui pose la question de l'anthropologue « Vous avez sûrement de bonnes raisons de rester avec lui ? », elle me répond « Bien sûr ! ». Et elle me décrit combien c'est un homme extraordinaire, intelligent, qui lui a tant appris sur elle ! Sexuellement, ça se passe bien et on n'efface pas ainsi 4 ans de vie commune ! Je reconnais que si elle a encore passé la nuit dernière dans ses bras, c'est qu'elle a beaucoup de raisons de le faire... Leur couple n'est pas

2. De nombreux exemples de cette façon de procéder sont proposés dans l'entretien appelé : « Une intervention paradoxale progressive » (*Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, Masson, Paris, 2^e édition, juin 2008).

sans nuage, mais qui a un couple sans nuage ? Si elle reste avec lui, c'est qu'elle éprouve plus de satisfactions que de désagréments. Évidemment, si le comportement de Michel s'aggravait, la balance pourrait s'inverser : s'il y a 60 ou 70 % de satisfaction actuellement, il pourrait n'y en avoir que 55, 50 ou 40 plus tard ! Dans ce dernier cas, il lui serait facile de prendre une décision différente, de faire un autre choix que celui qu'elle fait aujourd'hui. Actuellement, elle vit quelques désagréments mais est globalement satisfaite... Je lui suggère de ne me revoir que si elle en éprouve le besoin. Quelques mois plus tard, Noémie vint me dire qu'elle avait quitté Michel dont le comportement s'était effectivement aggravé et qu'elle s'en trouvait libérée. Elle ajouta, « Vous, au moins, vous m'aviez comprise ! ». Car qu'ai-je fait d'autre que de reconnaître, accepter et utiliser le fait qu'elle choisissait de vivre avec Michel dans une relation qu'elle jugeait encore majoritairement satisfaisante. Alors que sa famille et ses amis voyaient les choses autrement et la poussaient vers un changement pour lequel elle n'était pas mûre.

LE TAO : PASSER D'UN GRIS À UN AUTRE GRIS...

Les Taoïstes ont symbolisé combien la réalité est faite de noir et de blanc, l'un contenant l'autre et l'autre contenant l'un, l'un générant l'autre et l'autre générant l'un (fig. 1.3).



FIG. 1.3. – *Le Tao.*

• Les désavantages du changement

Le symbole du Tao permet de travailler *les désavantages du changement*. Le patient, dans sa réalité actuelle, dit souffrir. Il y a des choses qui vont mais il y a des choses qui ne vont pas. Il y a une *balance* de pour et de contre, de blanc et de noir, de bon et de moins bon (fig. 1.4). *L'inertie* fait que les jours coulent les uns après les autres sans grand changement : le train est sur ses rails, il continue. Pour réaliser un changement, il faut vain-

cre cette inertie et y mettre de l'énergie, un nouvel objectif. Ce patient qui est devant nous va-t-il réaliser ce changement – qui paraît difficile – pour passer d'un gris à un autre gris qu'il choisit parce qu'il le préfère? C'est-à-dire, va-t-il passer d'une réalité qui contient du blanc et du noir et qu'il appelle « problème » à une autre réalité qui contient aussi du blanc et du noir et qu'il appelle « solution ». Cette « solution » a aussi des désavantages, alors que le « problème » avait aussi des avantages. Il y a donc des avantages à perdre et des désavantages à découvrir dans le processus de changement.



FIG. 1.4. – Les désavantages du changement.

• **L'inclusion : je suis blanc et noir...**

Bill O'Hanlon dit volontiers « *C'est toujours vrai... sauf quand c'est faux!* ». Cette phrase, quasi humoristique, s'applique à un apprentissage important dans de nombreuses situations cliniques.

Au cours des thérapies brèves des troubles anxieux et/ou dépressifs, un pan entier du travail consistera à accepter cette partie de moi qui a de bonnes raisons de se sentir comme cela. Plutôt que de se flageller, de fustiger cette partie « peu reluisante » d'elle-même, peu acceptée socialement, elle peut apprendre à la respecter, l'appivoiser, se l'approprier, la câliner, la « tendresser », si le mot existe... En termes de Tao, c'est accepter cette partie moins brillante de moi qui est aussi ma réalité, où chaque élément contient et génère son contraire...

Pouvoir dire un jour : « *Je suis habituellement serein, parfois anxieux. Le plus souvent joyeux, parfois triste. Souvent déterminé, parfois dans le doute. J'aime être courageux mais il m'arrive d'être lâche. J'aime ma tristesse, mes inquiétudes, mes doutes, mes faiblesses parce qu'elles font partie de moi et ont bien des raisons d'être là. En les méprisant, je me méprise. En les respectant, je me respecte. Je les défendrai même contre les attaques des autres. En agissant ainsi, je construis mon estime de moi!* ». C'est ce que Bill O'Hanlon appelle l'inclusion.

Quand je me flagelle, je vais moins bien alors que quand je me respecte, je suis plus cohérent à l'intérieur de moi et je me sens mieux ! Est-ce un paradoxe ? C'est en tout cas une erreur logique largement pratiquée...

L'intérêt que tout thérapeute peut accorder au langage, le sien comme celui de l'autre, le conduit à entendre les *mais* comme séparant deux idées. *Oui, mais* veut dire non. *Non, mais* veut dire oui. Le *mais* diminue ou annule ce qui vient d'être dit. Je t'aime, mais... Je voudrais te faire plaisir, mais... À l'inverse, le *et* réunit deux idées. Je t'aime *et* je ne peux pas accepter tel comportement. Ton anticipation anxieuse me crispe *et* m'est utile. Je suis habituellement joyeux *et* j'aime ma tristesse...

• Choix et échelles de valeurs

La phrase de Bill O'Hanlon, déjà citée, « *C'est toujours vrai... sauf quand c'est faux* » nous amène à envisager les situations où une *échelle de valeurs* s'impose. Il s'agit de situations où nous avons à faire un choix, au cas par cas, entre plusieurs de nos valeurs.

Nous aimons, par exemple, tenir nos promesses. C'est une valeur pour nous. Nous pourrions promettre d'être présents à une réunion et ne pas y être parce que notre enfant, victime d'un accident de la circulation, est hospitalisé dans un état grave. Dans ce cas précis, cas de conscience (casuistique), nous avons préféré être présents au chevet de notre enfant à une autre valeur, tenir ses promesses. Sans n'en renier aucune, il nous faut en préférer l'une à l'autre. Dans un autre cas de figure, nous ferons peut-être un autre choix.

André Comte-Sponville cite cet exemple où, interrogé par la *Gestapo* sur la présence de juifs cachés chez lui, un homme répondit par la négative : il aimait la vérité, haïssant le mensonge, mais mettait la vie des juifs plus haut dans son échelle de valeurs que la vérité due à la *Gestapo*.

LES MÉTAPHORES DE PROGRESSIVITÉ

« *Le temps d'apprendre à vivre, il est déjà trop tard* »

Aragon

Les métaphores font partie du *langage indirect*, utilisé en hypnose thérapeutique.

Il s'agit d'un langage *analogique*, plutôt que *logique* : quand la *logique consciente* a abouti, par un travail de *réflexion*, à une *décision*, laquelle fait faire des *efforts* pour arriver à un *objectif*, nous pouvons y ajouter un travail différent, de nature *analogique*, qui fera appel à un travail plus *inconscient* ne nécessitant ni réflexion, ni décision, ni effort et qui amène lui aussi à l'*objectif*. Ces deux modes d'action se complètent très utilement.

1. Le plus grand chemin commence par un *premier pas*...
2. *L'apprentissage de la marche* (du vélo, du patin à roulettes, etc.) :

Erickson décrivait le lent et pénible apprentissage du nourrisson qui, assis dans son parc à barreaux de bois, tente de se lever en tirant sur ses petits bras musclés... tombe de nombreuses fois... pleure et recommence... retombe, etc. Jusqu'à ce qu'il réussisse, très fier de lui! Il tente alors de se déplacer le long du bord de son parc, s'emmêle les jambes... tombe... pleure et recommence X fois... puis réussit, très fier! Puis il veut lâcher une main pour passer le coin du parc... tombe... pleure... recommence... et finit par réussir, très fier de lui! Puis il veut traverser ce parc, marcher hors du parc tenu par la main, puis sans être tenu; dans la maison, puis hors de la maison; découvrant la petite école, puis la grande école, etc. École de la vie... Erickson soulignait en passant la ténacité de ces petits humains, leur opiniâtreté dans leurs efforts au-delà de la souffrance. Belle métaphore pour de nombreuses situations d'apprentissages. Pour des situations douloureuses qui sont autant de moments d'apprentissages possibles...

3. *La métaphore de l'escalier* : Vous avez un escalier chez vous? Comment montez-vous? Une marche à la fois? Il est si facile de se faire mal en voulant grimper une volée de marches d'une seule enjambée...

4. *La métaphore de la maison* (ou de la pyramide, de la cathédrale, etc.) : leur construction a toujours commencé par une première pierre...

5. *La métaphore de l'Everest* : longue métaphore décrivant l'ascension réussie de l'Everest par une cordée d'alpinistes qui, au cours de leur progression, s'interdisaient de regarder le sommet de la montagne en s'obligeant à regarder leurs pieds. Et qui découvrent que le village peu accueillant qu'ils avaient traversé avec crainte leur paraissait tellement dérisoire, vu de là où ils étaient arrivés maintenant...

6. Dans *l'arc-en-ciel*, il y a sept couleurs de base avec 50 nuances chacune... C'est une métaphore avec laquelle on peut travailler longuement en hypnose thérapeutique.

7. La croissance d'une personne ne se fait pas d'une façon linéaire, sans crise. La métaphore du *serpent qui change de peau* ou du *crabe qui perd sa carapace* pour grandir montre que ces animaux se trouvent alors dans une période de crise, de vulnérabilité transitoire (« le crabe mou ») pour grandir.

8. L'apprentissage d'une langue étrangère : dans le film *Oui, mais...* d'Yves Lavandier, l'adolescente qui s'étonne de ne pas avoir atteint le Nirvana lors de son premier rapport sexuel se demande si elle n'est pas frigide et Gérard Jugnot, le thérapeute, lui répond « Quand vous apprenez l'anglais, le lendemain, vous êtes bilingue? ».

L'OBSERVATION CONSTANTE DE CHAQUE PETIT PROGRÈS

À Palo Alto, le *minimal change*, changement significatif quoique minime, permet d'avancer pas à pas dans le nouvel apprentissage.

En TOS, le thérapeute insiste fréquemment sur *les petits changements déjà survenus*. Même dès le premier entretien, il demandera déjà « Qu'avez-vous déjà amélioré depuis votre coup de fil? ». L'usage des *échelles*, par exemple, permet aussi de signaler chaque petit changement, aussi minime soit-il, déjà survenu. Le thérapeute encouragera le patient à décrire comment il y est parvenu, rehaussant ainsi son estime de lui par lui.

C'est ce que j'appelle « apprendre à mettre ses médailles », une tâche concrète et simple étant de noter chaque jour une (toute petite) chose qui vaille « une petite médaille » ce jour-là et de revenir au rendez-vous suivant avec cette liste.

Les verbes d'obligations

« *La peur empêche l'homme d'être libre ; l'homme libre fait peur.* »

Jacques Gaillot³

Comment les repérer?

Ici encore, le thérapeute va s'entraîner à repérer dans le discours de ses patients les verbes où celui-ci se dit *obligé*. Personnellement, j'ai pris l'habitude *d'entourer ces verbes d'un cercle dans mes notes de consultations pour mieux les faire ressortir*. Il n'est pas rare qu'un patient anxieux ou dépressif utilise sept à dix fois un tel verbe dans la première page de mes notes lors du premier entretien.

On retrouve le plus souvent *je dois, je devrais, il faut, il faudrait, j'aurais dû, il aurait fallu* – ces deux derniers indiquant une culpabilité. Les auteurs anglo-saxons parlent de *musturbation (I must)* ou de *shouldism (I should)*.

- Je dois m'occuper de mes vieux parents.
- Il faut s'occuper de ses enfants.
- Je dois continuer à travailler ici.
- Il aurait fallu que j'en fasse plus.
- J'aurais dû m'investir davantage.

3. Conférence à Bruxelles, notes personnelles de l'auteur.

Comment les travailler en consultation

SOUFFRANCE ET LIBERTÉ

Celui qui est obligé, par définition, n'est pas libre ! Le *plaignant** est une *victime* ! Il fait ce que nous appelons *une attribution externe*. Il place à l'extérieur de lui son centre de décision et de responsabilité. La thérapie lui fera faire l'apprentissage de *l'attribution interne*. Un travail thérapeutique important le fera passer de l'état de *victime obligée* à un état de personne *libre et responsable de ses choix*. Rappelons que le *client* de sa solution* (Je préfère dire client de sa solution plutôt que client de son problème...) est précisément celui qui acceptera ce qu'il ne peut changer et changera ce qui peut l'être (attribution interne).

L'homme obligé est victime et n'est pas responsable : attribution externe.
L'homme libre choisit et est responsable de ses choix : attribution interne.

Nos thérapies brèves, au-delà du soulagement de la souffrance, tenteront donc d'amener le patient à plus de liberté, de choix et de responsabilité.

OSER CHANGER

*« Personne n'empêchera que le reste de ma vie
sera la meilleure partie de ma vie. »*

Claude Vanderwée

Élargir l'éventail des choix, l'une des obsessions de la thérapie brève, permet d'aller vers d'autres possibles. Jacques Santer disait « *Tout est possible, rien n'est certain* ». L'incertitude n'est pas loin de la peur... Avoir plus de choix, c'est aussi avoir *l'embarras* du choix !

Le patient va-t-il oser changer ? Pour ne pas changer, il n'a pas besoin de nous. Ou alors seulement pour le plaindre*. Et s'il change, notre place sera toujours minime, nous le *suivrons*... Comme le dit Roustang « *Il y a de nombreux humains qui se laissent mourir et d'autres qui se laissent vivre. Ce qui nous passionne c'est d'en amener quelques-uns, avec la plus grande lucidité et le plus grand courage possibles, à décider de leur vie et de leur mort.*

Nous ne voulons pas guérir, nous ne voulons pas que l'interlocuteur se tourne vers la vie, vers le renouvellement de son existence, donc vers le changement favorable. Nous voulons seulement qu'il en décide. » (in : *Savoir attendre pour que la vie change*).

FAIRE DE SA VIE UNE GRANDE AVENTURE...

C'est ce que Bertrand Piccard nous propose. Il dit – lui qui a réussi le premier tour du monde en ballon – : « *L'aventure, ce n'est pas l'exploit, c'est un état d'esprit.* » Peut-être le but du traitement de la peur sera-t-il

d'apprendre à gérer l'imprévu et même le souhaiter. Comme le dit toujours Roustang « *La rencontre de l'imprévu est le lot de tout humain, qui doit donc s'y préparer sans cesse.* »

... ALORS QUE LA PRUDENCE EST UNE VERTU

Audiard disait « *Les cons osent tout, c'est même à cela qu'on les reconnaît!* ». Willy de Roos⁴, aventurier très exigeant pour lui-même comme pour ses coéquipiers, a eu cette superbe phrase « *La prudence est un devoir et l'exploit serait de ne jamais l'oublier* ». Ce qui nous amène à travailler en séance un moyen terme entre audace et prudence.

POUR RISQUER DE RÉUSSIR, IL FAUT ACCEPTER LE RISQUE D'ÉCHOUER

La gestion des erreurs et de l'échec est un thème central de notre travail clinique. Nous passons de la peur anticipatrice à la perte, au deuil. Ce thème sera plus largement développé quand nous parlerons du perfectionniste. Et c'est précisément *lorsque nous acceptons un échec que nous pouvons mettre tout en œuvre pour le dépasser et réussir!*

C'est là où l'on peut rater un peu que l'on peut réussir. Bertrand Piccard dit : « *C'est quand j'ai accepté de perdre, que j'ai pu gagner* ». Il avait en effet vécu deux échecs avant de réussir sa troisième tentative. S'il s'était découragé, s'il ne s'était pas permis cet échec, il n'aurait jamais entrepris la tentative qui l'a finalement mené à la victoire. Il raconte, non sans humour, qu'après avoir dû se saborder en Méditerranée, il est rentré penaud chez lui, les baskets trempées. Cruel retour, quand on est parti de chez soi avec du carburant et des vivres pour 21 jours de tour du monde. Il explique aussi le dialogue éducatif qu'il a eu avec sa fille rentrée blessée de son école où ses copines ne lui avaient pas épargné les sarcasmes et l'ironie : c'est chouette pour un père d'utiliser ses propres difficultés de vie pour apprendre à sa fille comment surmonter les siennes.

LE MONDE N'EST PAS COMME JE LE VOUDRAIS...

• **Le ballon de Bertrand Piccard**

Bertrand Piccard raconte que lors de ses vols en ballon, son coéquipier et lui recevaient par radio des informations émanant de leur centre en Suisse. Demain à midi où serons-nous (latitude et longitude)? À cet endroit, quelles seront la force et la direction du vent à 1 000 m d'altitude, 2 000 m, 3 000 m, etc.? Ils pouvaient ainsi se représenter leur situation future... du moins le croyaient-ils! En effet, ce qui compte le lendemain midi *ce n'est pas où mon ballon devrait être mais où il est. Ce n'est pas ce que les vents devraient être mais ce qu'ils sont.*

4. Navigateur belge contemporain, découvreur du passage du Nord-Ouest.

Ce qui nous fait mal dans notre « névrose », c'est l'écart qu'il y a entre le monde tel que nous nous le *représentons* et le monde tel qu'il *est*. Piccard ajoute que, puisqu'on ne dirige pas le vent, il nous reste à *l'utiliser*. En adaptant son altitude, le pilote de ballon utilise les vents qui lui conviennent pour aller là où il veut. *Que vais-je faire de bon pour moi dans cette situation telle qu'elle est ?*

• Les contes de fées de John Weakland

Lors d'une interview⁵, on demandait à John Weakland, l'un des ténors du MRI (*Mental Research Institute*) de Palo Alto, ce qui, dans l'éducation d'un enfant, le prédisposait le plus à des troubles psychopathologiques à l'âge adulte. Il tira sur sa pipe et répondit « *Les contes de fées* ». Il entendait parler tout ce qu'on donne à l'enfant comme image irréaliste du monde : « *le monde est juste, ça n'arrive qu'aux autres, si tu roules à droite tu n'auras pas d'accident, avec maman il ne peut rien t'arriver, etc.* ».

Près du local de notre association se trouve un nid d'hirondelles. Chaque été le piaillage des oisillons nous rappelle ce que veut dire « éduquer ». *Ex-ducere* signifie « conduire dehors ». Nos enfants vont un jour eux aussi quitter le nid. À nous de les avoir préparés à la réalité du monde plutôt qu'à des contes de fées. À nous, parents, de les avoir préparés aussi à la réalité des émotions. Papa et Maman peuvent avoir peur, être tristes, être en colère, avoir des doutes et y faire face. C'est-à-dire les gérer, pas les masquer. Les contes de fées ont pourtant la vie dure chez les adultes ! Vous en connaissez beaucoup...

• Les espoirs imbéciles de Jacques Brel

Jacques Brel disait dans une interview « *On donne aux enfants des espoirs imbéciles. On leur dit : il va t'arriver des choses. Moi, il ne m'est jamais rien arrivé que de moi-même. On leur dit tu vas rencontrer le grand amour, tu vas rencontrer le Prince Charmant. Rares sont ceux qui vont vivre le grand amour ; il y a peu de princes et bien peu sont charmants. On se fait ses propres cadeaux, on se fait ses propres peines.* » Quand j'ai entendu le mot « imbécile » accolé au mot « espoir », mon sang n'a fait qu'un tour ! Et pourtant... Le grand Jacques avait raison.

• La réalité : subir ou affronter ?

Quand la réalité nous surprend, nous étonne, nous blesse, *est-ce la faute à la réalité ?* C'est une phrase que nous utilisons volontiers en thérapie... Car il se pourrait que la réalité soit triste. Faut-il préférer une triste réalité à une fausse joie ? « Que vais-je faire de bon pour moi dans cette situation

5. À Bruxelles, 1988, notes personnelles.

telle qu'elle est? ». J'ajoute que ce qui est bon pour moi doit aussi être juste et vrai, pas une *illusion* – un paradis artificiel par exemple – ni une *distraction* au sens où l'entendait Pascal⁶. Vais-je m'adapter à la réalité telle qu'elle est ou vais-je me plaindre – sans fin? (Roustang, 2000) – que la réalité n'est pas celle que j'attendais? C'est toute la différence entre un *plaignant* et un *client*. C'est toute la différence entre un *homme obligé* et un *homme libre*.

Ceci dit, quand nous nous attribuons le pouvoir d'agir sur notre vie – une attribution interne – « *certaines choses dépendent de nous, d'autres pas* » disait Épictète. Nos problèmes commencent quand nous voulons contrôler ce qui ne dépend pas de nous. Cela ressemble à une lapalissade et pourtant c'est une cause si fréquente de souffrance rencontrée dans nos consultations! Donc un thème à traiter.

• **Les autres ne sont pas comme je le voudrais...**

Combien de fois entendons-nous « Ma mère devrait changer, mon enfant devrait changer, mon mari devrait changer, mon collègue devrait changer, la société est injuste, ma belle-mère n'est pas telle que je la voudrais... » Autant d'attentes sur les autres, sur l'extérieur qui ne dépend pas de nous. *La télécommande à faire changer les autres!* Connaissez-vous la définition de l'idéaliste à Palo Alto? C'est quelqu'un qui sait très bien comment les autres et le monde *devraient être*...

• **Distinguer l'autre de moi**

Nous nous attardons bien sûr à l'utilisation des *pronoms dans le discours* des patients :

« *Tu* devrais faire autrement. *Nous* irions volontiers à la mer ce week-end. *On* mangerait volontiers du poisson, etc. ». Tu-tu-tu, c'est parler *sur* l'autre : de quel droit le faisons-nous?

Quand sa fille rote à table, un père peut dire « *Tu* m'énerves avec tes *conneries* » ou « *Je* suis mal à l'aise quand tu fais *ça* ».

Dans le premier cas, il parle *sur* l'autre et disqualifie son comportement : *tes conneries*.

Dans le deuxième cas, il parle de lui et emploie délibérément un mot vague, mal défini : quand tu fais *ça*.

Je propose au patient, particulièrement dans les conflits de personnes, de s'entraîner à parler de la seconde manière. C'est une *tâche* que je lui donne.

6. Les tentatives de solutions que nous décrirons page 66 dans le Pentagone incluent la distraction. Le pentagone réunit cinq items : actions, cognitions, émotions, corps et la « première fois ».

Cette tâche peut être plus élaborée encore. Je propose au patient de dire à la personne avec laquelle il est en conflit ce qu'il souhaite faire comme tâche : parler en son nom propre – je – sans disqualifier les comportements de l'autre. Puis de lui demander son aide : « Si par hasard je m'é gare à parler sur toi ou à disqualifier tes comportements, tu m'aiderais en me le signalant pour que je puisse me corriger. » Cette intervention transforme un conflit en une collaboration, permet de mieux réaliser la tâche et invite indirectement l'autre... à en faire autant !

• Dire 100 % de mes besoins, ne pas les exiger

Il y a quelques années, une amie et moi projections de partir en vacances ensemble. Elle me posa une série de questions sur mes souhaits, me prépara un projet qu'elle mit en œuvre. Nos vacances furent excellentes : nous étions satisfaits l'un et l'autre à plus de 90 % !

Je lui ai demandé comment elle s'y était prise pour organiser ce voyage et elle m'a parlé d'un *graphique* : en abscisse, mes besoins personnels ; en ordonnée, ses besoins personnels.

Si tu me dis 100 % de tes besoins et si je peux te dire 100 % des miens, on peut dessiner le graphique de la figure 1.5.

Si nous sommes satisfaits chacun à 90 %, notre voyage se situe dans le carré A. S'il se situait dans le carré B, je serais très satisfait et toi pas. S'il se situait dans le carré C, ça serait l'inverse. S'il se situait dans le carré D, nous aurions toi et moi moins de 50 % de satisfaction.

Plus notre voyage se situe près de la bissectrice de l'angle, plus nos indices de satisfaction sont proches. Jusque-là, rien de très nouveau.

Ce qui est intéressant, c'est que si je n'avais dit que 60 % de mes besoins, pour te protéger par exemple, sachant que tu n'aimes pas telle ou telle activité, et toi de même, il aurait été bien difficile d'arriver à situer notre voyage dans le carré A.

Pour les patients qui sont plutôt visuels, ce graphique est parlant : je le dessine sur une page A4 que je leur offre afin qu'ils l'affichent sur leur frigo. Le stimulus devient ainsi très répétitif : dès que leurs yeux tombent sur cette feuille, ils se rappellent notre conversation à propos du *parler vrai* et je leur cite cette phrase d'André Comte-Sponville dans *L'amour la solitude* : « *La parole ne m'intéresse que quand elle est le contraire d'une protection : un risque, une ouverture, un aveu, une confiance...* »

• Le premier responsable de moi, c'est moi

Toujours dans l'idée de travailler la liberté de choix face à l'obligation, l'attribution interne plutôt que l'attribution externe, nous racontons volontiers quelques anecdotes.

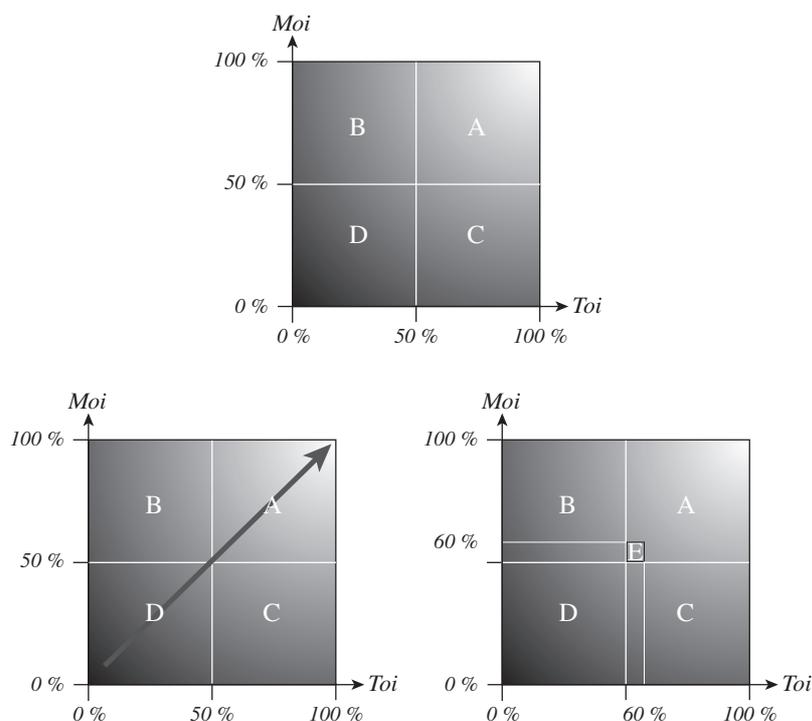


FIG. 1.5. – Représentation graphique des besoins combinés de deux personnes.

Anny a été licenciée il y a quelques années. Lors de son premier entretien, elle décrit une dépression majeure et un traitement médicamenteux très lourd. Elle me dit que deux faits la perturbent beaucoup : ses collègues – licenciées avec elle – ne l'appellent jamais et son mari ne fait rien pour leur couple. Anny visiblement attend que les autres « fassent ». Toujours la télécommande à faire changer les autres ! Effectivement, elle n'accomplit quasi aucune des tâches dont nous avons convenu : pourquoi se mobiliser quand c'est la faute aux autres ? C'est la position du *plaignant*.

Je lui confie un jour qu'elle et moi sommes différents sur ce point : elle attend que les autres fassent ce qu'elle désire, moi je le fais moi-même. Et j'enchaîne en lui montrant des photos de coucher de soleil sur la Mer Rouge : « Êtes-vous aussi hypnotisée que je le suis face à un coucher de soleil ? » Je lui propose comme tâche⁷, puisqu'elle habite la campagne, de s'asseoir en fin de journée

7. Je pense que c'est la tâche la plus osée que j'ai jamais formulée.

face au coucher du soleil, les mains posées sur les genoux, paumes vers le haut. C'est une attitude d'attente, comme si elle attendait que quelque chose lui vienne du ciel. Elle pensera très fort à tout ce que les autres - ses collègues, son mari - pourraient faire pour la satisfaire. Si ça marche, tant mieux ! C'est que sa théorie est efficace. Si ça ne marche pas, elle pourra toujours faire quelque chose elle-même pour être satisfaite : par exemple, téléphoner à une ex-collègue pour prévoir une activité avec elle. Dans les faits, son attente, paumes vers le haut, n'ayant pas fonctionné, elle a dû se rabattre sur la deuxième méthode. Elle téléphona donc à son ex-secrétaire et fit du shopping pendant toute un après-midi avec elle. Ce fut son premier après-midi agréable depuis deux ans et demi !

Un peu plus tard, elle se *plaignait* que c'était toujours à elle de faire le premier pas sur le plan sexuel avec son mari. Je lui répondis qu'elle n'aimait pas assez le chocolat. Elle fut surprise et me demanda d'expliquer. Je lui dis que quand je rentre chez moi le soir, je prends mon repas face à la télévision et tombe de fatigue dans mon fauteuil. Après mon repas, j'ai très envie de chocolat. Il se trouve dans la pièce à côté et j'ai beau l'appeler, me plaindre, pleurnicher, supplier : il ne vient jamais tout seul ! Alors, comme j'aime beaucoup le chocolat, je vais le chercher moi-même !

Et j'ajoute que mon grand-père s'appelait Ursmar, ce qui est un curieux et ancien prénom de notre région. Ma grand-mère était une femme de poigne qui disait couramment à mon grand-père « Vous pouvez regarder la cafetière, Ursmar, elle ne va pas venir toute seule ! » Manifestement, je m'en souviens encore !

Je dois être compris, apprécié et aimé

Nous cherchons tous à être aimés ! Mais à quel prix ? Être conforme ? Plaire aux autres ? Il y a un compromis à trouver entre mon souci d'identité et mon appartenance à un groupe. Certains y arrivent tôt, d'autres apparemment jamais... Fréquemment, les patients nous disent : « Mais ils ne vont pas comprendre ! ». Et nous répondons « *Et alors ?* »

François, 50 ans, vient de quitter sa compagne. Il annonce la nouvelle à ses parents. Son père, ancien directeur d'école et professeur de religion, est un homme pétri de certitudes qui dit volontiers « Il n'y a qu'un chemin, c'est le droit ! ». C'est-à-dire le sien apparemment... À la fin de l'entretien, le père de François lui dit « En tout cas, tu n'auras pas notre bénédiction. » Le mot était bien choisi... Et son fils lui répondit « Je ne suis pas venu chercher votre bénédiction, je suis venu dire bonjour à mes parents ».

Les thèmes qui suivent sont fréquemment évoqués en thérapie en lien direct avec l'estime de soi, la peur et la dépression :

- être soi-même *et* en relation : l'autonomie ;
- la gestion des critiques et des compliments ;
- les limites aux enfants ;
- les limites aux adultes ;
- les limites à soi-même.

Être moi-même au milieu des autres : l'autonomie

Nous appartenons à des systèmes humains : même l'ermite a besoin des autres pour s'en éloigner ! L'autonomie, c'est le droit pour un individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet. C'est une notion proche de l'indépendance, de la liberté, de la souveraineté. C'est le contraire de la dépendance, de la soumission, de la subordination.

Dans les pays occidentaux, ces 50 dernières années ont été marquées par un individualisme de plus en plus omniprésent : la famille traditionnelle s'est étioyée au profit de plus de chacun pour soi. Dans d'autres cultures, le rôle traditionnel de la famille reste prépondérant et l'influence du « clan » ou des parents est toujours très nette. Ceci se retrouve dans certaines régions de France, aux Antilles par exemple. Il n'y a pas de problème tant que l'individu est en accord avec son contexte. Mais il peut arriver que, suite à ses études, son mariage ou un déménagement, par exemple, une personne soit tiraillée entre son appartenance à son système et ses propres aspirations...

UN PETIT JEU DE RÔLE...

Pouvez-vous prendre trois profondes respirations ? Le patient le fait et je le félicite « Bravo ! Je vois que vous pouvez respirer tout seul ! »

QUELQUES MÉTAPHORES...

Et j'ajoute « Si je vous propose une petite balade en plongée sous-marine, nous pourrions imaginer de partir à deux avec une seule bouteille : la mienne. Vous respireriez à travers moi, si je peux dire. Si j'avais un malaise, commettais une bêtise ou une malveillance, vous seriez complètement dépendant de moi et pourriez en mourir ! Je comprendrais que vous ayez peur... Si par contre nous disposions chacun d'une bouteille, dans les mêmes circonstances – malaise, bêtise, malveillance – vous pourriez compter sur vous. Et vous pourriez plus tard faire des projets d'autres balades. » Dans ce cas, on parle d'ailleurs en plongée sous-marine de plongeurs *autonomes*...

Si nous partions pour une balade à vélo ou en tandem, le vélo nous donnerait l'autonomie, le tandem pas.

Certains couples sont constitués de deux tracteurs, d'autres d'un tracteur et d'une remorque, d'autres encore de deux remorques :

– dans le premier cas, chacun est autonome et dispose d'une direction et d'un moteur. Ils peuvent faire du chemin ensemble mais choisissent à chaque minute de faire – ou non – ce chemin ensemble. Heureux l'homme et la femme qui se choisissent chaque matin ! ;

– dans le deuxième cas – tracteur et remorque – il arrive que l'un des deux conteste son statut. « Mon mari est un enfant, j'en ai marre d'être sa mère », dit cette femme après 20 années de couple... ;

– le troisième type de couple se crée facilement dans un service de psychiatrie, par exemple en alcoologie. « Toi, au moins, tu me comprends! ».

Il y a des couples ou des relations dans lesquels $1 + 1 = 1$: c'est-à-dire moi. D'autres où $1 + 1 = 2$: les composants de départ n'ont rien de plus ou rien de moins. D'autres où $1 + 1 = 3$: leur rencontre crée une troisième entité, le couple. C'est une illustration de *la qualité émergente* dont parle Watzlawick dans les lois des systèmes, particulièrement la loi de totalité.

Dans la salle d'attente d'un confrère, un dessin représente une falaise couverte de moutons blancs qui se poussent vers la mer où ils chutent. Un seul mouton a la tête noire et marche à contresens, vers son salut. En me rapprochant du dessin, je lis dans le phylactère « *Excusez-moi, excusez-moi, excusez-moi...* » Dans notre salle d'attente, se trouve un texte dont l'auteur m'est inconnu et qui s'appelle *La brebis galeuse*. « *La plus belle brebis du troupeau devint galeuse. Comme elle était la plus belle, les autres aussi voulurent devenir galeuses, sauf une qu'on appela la brebis galeuse.* »

Les critiques et les compliments

« *Les filles sages vont au ciel... les autres où elles veulent* »

Ute Ehrhardt

Nous recevons des autres, le plus souvent sans l'avoir demandé, une appréciation, un jugement, un avis. Ceux-ci peuvent être favorables ou défavorables : ce sont leurs *feed-back*.

De nombreux patients évoquent leurs souffrances à propos des critiques mal reçues ou de compliments qui tardent à arriver... Combien d'adultes n'ont-ils pas construit leur vie en une longue quête de l'approbation de leur(s) parent(s), parfois décédé(s) depuis longtemps...

Si le patient est très sensible aux critiques, il le montre verbalement et non verbalement à son « persécuteur. » Quoi que nous fassions, *nous donnons aux autres notre mode d'emploi* comme le disait joliment une patiente. Le jeu devient vite répétitif et, quoiqu'il en souffre, il y participe...

Comment apprendre à gérer les critiques ?

DONNER UN CONTENU AUX MOTS-VALISES

Souvent, critiques et compliments sont exprimés en *mots-valises**, commentaires – qui s'inscrivent dans la colonne de droite de notre grille d'intervention* – sur des faits non encore précisés : « Tu es une fille formidable; tu es insupportable; tu n'es pas assez professionnelle; tes qualités de manager (de maman, d'épouse) sont exceptionnelles, etc. »

Il faut donner un contenu à ces *mots-valises* pour connaître les faits qui ont généré ces commentaires, sinon ils restent creux.

Lors de leur évaluation annuelle sur leur lieu de travail, nombreux sont ceux qui prennent pour argent comptant les critiques de leur supérieur hiérarchique émises sous forme de ces mots-valises. Et bien que creux, ces mots blessent... Et l'objectif qui leur est assigné pour l'an prochain, est-il *concret** ou est-il lui aussi vague, abstrait, un autre mot-valise ?

DEUX OUTILS MAJEURS : LE BRAS DE FER* ET L'ÉCHARPE À FRANGES*

C'est l'indication majeure du *bras de fer** et de *l'écharpe à franges**. C'est le moment aussi de comprendre comment séparer *conflits de structure* et *conflits de drapeaux**. Nous y passons facilement une heure en consultation. Ces outils ont été décrits dans notre premier ouvrage.

LA POSITION BASSE*

Nous l'avons décrite, ainsi que son usage, dans notre premier livre. Rappelons-nous qu'il est très difficile de réussir immédiatement cette tâche : pratiquer la position basse. Que c'est souvent *en différé* que cet apprentissage essentiel se fait.

Aux parents qui veulent apprendre à utiliser cette position basse, nous fournissons le certificat suivant. Vous pouvez l'utiliser pour votre pratique personnelle comme tel mais aussi sous forme modifiée : certificat de mauvais père, mauvais parents, mauvais conjoint, mauvaise fille ou fils, etc. C'est-à-dire chaque fois que vous souhaitez utiliser soit la position basse (frange n° 14 du jeu de l'écharpe) ou la frange n° 15 (Revenons à nos moutons, je n'ai pas envie de jouer à ce jeu-là).

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MAUVAIS PARENTS

29, Le Torieu B - 7521 – Tournai

Je soussigné, président de l'Association, décerne à

Madame LAMBDA

le CERTIFICAT DE MAUVAISE MÈRE

conquis de haute lutte, avec de remarquables efforts continus pour bien faire, avec un résultat constant et indiscutable d'échec permanent.

Ce certificat est décerné à vie et donne à cette personne la qualité incontestable de membre de notre association et la faculté de s'en prévaloir auprès de qui il lui plaira.

Pour l'Association,

Le Président

Ainsi, le parent peut continuer le dialogue en mettant fin au chantage au bon père, à la bonne mère... Je suis un mauvais père, OK, et tu ranges ta chambre... Position basse sur mon drapeau, position haute sur la structure... Pas l'inverse !

LA MÉTAPHORE DU MUR DE CIRE

C'est à Neil Fiore, thérapeute éricksonien de San Francisco, que je dois cette jolie métaphore. Nous proposons au patient de fermer les yeux. Vous savez, c'est le secret que le renard confiait au Petit Prince de Saint-Exupéry : « *L'essentiel est invisible pour les yeux* ».

Imaginez que vous êtes dans une vaste plaine. Autour de vous, dispersés dans la plaine, vous pouvez reconnaître tous ceux qui vous entourent dans votre vie professionnelle et dans votre vie privée. Certains ont des protections, d'autres pas.

Vous pouvez tracer sur le sol un cercle autour de vous aussi large ou étroit que vous le souhaitez. Vous allez placer sur cette circonférence des blocs de cire translucides. Quand le cercle est terminé, vous pouvez ajouter d'autres blocs et d'autres blocs encore de façon à monter un mur de blocs de cire circulaire, comme une tour autour de vous. Ce mur atteint bientôt le niveau de vos yeux et continue à monter jusqu'au-dessus de votre tête. Vous êtes maintenant complètement à l'abri à l'intérieur de votre petit jardin. La cire translucide est un matériau relativement mou qui laisse passer la lumière. Quand un message vous est adressé, porté par une flèche, il ne vous atteint plus directement. La flèche s'enfonce dans la cire, vous pouvez prendre connaissance du message et soit l'accepter et l'accueillir à l'intérieur, soit le refuser et le laisser à l'extérieur. Vous ne recevez plus ces flèches « à cœur ouvert » : ce mur semi-perméable vous donne le pouvoir de sélectionner les avis des autres pour en faire ce qui vous semble bon pour vous. Certaines critiques et certains compliments sont bons pour vous et vous les accueillez. D'autres critiques et compliments resteront à l'extérieur : vous en êtes protégé. Si vous grimpez au-dessus de votre mur de cire, vous constatez que d'autres dans la plaine sont protégés comme vous alors que certains ne le sont pas ou pas encore. Vous accueillerez également ceux et celles que vous jugerez dignes dans votre jardin secret, dans votre intimité. Vous serez sans doute surpris quand l'image de ce mur de cire vous reviendra, de jour comme de nuit dans les moments les plus inattendus pour vous rappeler qu'il existe bel et bien maintenant.

LE MEUNIER, SON FIL ET L'ÂNE

Dans cette fable de Jean de La Fontaine, un meunier, son fils et leur âne s'en vont au marché. Que l'âne porte ou non le meunier ou son fils, il se trouve toujours des gens pour critiquer le choix qu'ils ont fait. La fable se termine par les vers suivants :

« Et que dorénavant, on me blâme, on me loue
Qu'on me dise quelque chose ou qu'on ne me dise rien
J'en veux faire à ma tête.
Il le fit et fit bien. »

J'écris ou fais écrire ces quelques vers au patient sur un A4 et lui propose de l'afficher à un endroit où il peut le voir souvent et qui lui convient.

LES CHIENS ABOIENT, LA CARAVANE PASSE

Le responsable d'une association caritative était excédé par les critiques récurrentes de personnes bien moins actives que lui. Je lui offris une page A4 pliée en quatre dans le sens de la longueur formant ainsi un long chevalet. J'y avais inscrit ces quelques mots « Les chiens aboient, la caravane passe ». Je lui suggérais de le placer sur son bureau de façon à l'avoir sous les yeux quand les râleurs étaient en face de lui. Quelques semaines plus tard, je lui demandais s'il avait accompli cette tâche et il me répondit qu'il avait placé le chevalet sur son bureau, mais avait orienté le texte... du côté des râleurs ! Les patients ont des ressources insoupçonnées...

Les fables de La Fontaine sont un réservoir inépuisable...

LE BRAS D'HONNEUR

Nous proposons aux patients de fermer les yeux et d'étendre leur bras droit, poing fermé, paume vers le haut. Puis de placer la main gauche dans le coude droit et de fléchir alors l'avant-bras droit sur le bras. Ensuite d'étendre l'avant-bras droit et d'en retirer la main gauche. Nous répétons cet exercice trois fois avant de leur demander d'ouvrir les yeux et de le refaire trois fois encore, de plus en plus vite, les yeux ouverts. Nous ajoutons « Vous apprenez vite ! Votre maman ne vous a pas appris ce geste impoli : il semble que le temps soit venu de l'apprendre maintenant car il vous sera utile. Bien sûr, votre éducation vous empêchera de le faire ostensiblement. Ce qui est essentiel, c'est de le faire *mentalement* et, si vous le souhaitez, vous pouvez toujours le faire sous la table avec vos index droit et gauche ».

Certains patients nous apprennent, quelques mois plus tard, en quelles circonstances ils l'ont utilisé.

LE NEZ DE CLOWN*

Au cours d'un entretien, nous demandons au patient de bien enregistrer les traits de notre visage. Quand ils sont mémorisés, nous leur demandons de fermer les yeux, de conserver cette image à l'esprit et nous leur tenons à peu près le discours suivant :

« Vous êtes venu ici puisque vous avez une souffrance sérieuse : c'était un motif grave de consulter et vous avez souhaité rencontrer un thérapeute digne de ce nom qui puisse prendre en considération toutes les dimensions de votre problème, etc. »

Nous insistons dans un discours pompeux sur le caractère sérieux de la démarche du patient. Pendant ce temps-là, nous enfignons un nez de clown et, au moment d'autoriser le patient à ouvrir les yeux, nous relevons les sourcils et relevons les coins de la bouche en un large sourire. Quand le patient ouvre les yeux, il a la surprise de découvrir son soi-disant thérapeute sérieux affublé d'un nez de clown! Le thérapeute ajoute alors « Vous voyez, votre thérapeute n'est vraiment pas sérieux : vous allez sans doute consulter ailleurs! ». Et le patient nous rassure à chaque fois⁸ « Mais non Docteur, je sais bien que... ». Nous lui offrons alors ce nez de clown en ajoutant que nous ne faisons jamais rien par hasard, gratuitement, et que nous allons lui demander une tâche :

« Vous allez aller chez un photographe faire réaliser une photo d'identité sur laquelle vous arborerez ce nez de clown. Pour que la photo soit jolie, puis-je vous suggérer de relever les sourcils et de sourire très largement, comme ceci! Vous recevrez quatre photos et m'en remettrez deux qui seront conservées dans votre dossier. La troisième, vous l'afficherez dans un endroit discret, peut-être votre chambre ou votre voiture... La dernière vous l'afficherez dans un endroit moins discret, votre salon, au travail, dans la salle de réunion des professeurs de votre école, etc. Vous observerez avec attention les réflexions de votre entourage. Ouvrez bien votre "caméra vidéo" pour enregistrer l'image et le son et nous en reparlerons la fois prochaine. »

La fois suivante, nous reparlons de tout ce qui concerne cette tâche et une variante plus audacieuse encore est proposée :

Vous allez vous rendre dans un lieu public à au moins 30 km de chez vous, là où vous ne risquez pas de rencontrer quelqu'un de connu : piétonnier, marché, centre commercial... Vous allez vous y promener une minute avec le nez de clown sur le nez en regardant les passants droit dans les yeux avec votre plus charmant sourire. Nous en reparlerons la fois prochaine.

8. Un seul patient sur plusieurs centaines avec lesquels j'ai joué ce jeu de rôle a décidé à ce moment de mettre fin à sa thérapie, il n'était apparemment pas prêt...

Nous demandons à tous les thérapeutes qui se forment à la thérapie brève de ne faire ces prescriptions de tâches qu'après en avoir fait personnellement l'expérience. Une fois encore, l'expérience vécue est bien plus importante que le savoir intellectuel. Découvrir que l'autre est plus gêné que vous, qu'il a soudain quelque chose de très important à regarder ailleurs et détourne ainsi son regard, c'est quelque chose qu'il faut *vivre!* Ami lecteur, voilà une activité pour votre prochain week-end, que vous soyez professeur de faculté ou thérapeute de campagne... Cette tâche peut durer plusieurs minutes : c'est long une minute, deux minutes, trois minutes avec un nez de clown, à aborder les inconnus... Certains patients entraînent parfois un de leurs proches dans l'aventure ou la répètent... L'appétit vient en mangeant.

L'idée de rire de soi en utilisant l'image sympathique du nez de clown est le début d'autres expériences amusantes que le patient imagine en s'affranchissant ainsi du *regard des autres*. À chaque fois que le thérapeute propose une expérience, il la réalise d'abord lui-même dans sa relation au patient et signale au patient qu'il a pris le *risque*⁹ lui-même avant de le lui proposer.

Les provocations hilarantes de Frank Farrelly ont le même but : *apprendre l'autodérision*. Comme dit volontiers un ami « Quand tu te prends au sérieux, n'oublie pas d'en rire! »

Les limites aux enfants et aux adolescents

*« Lorsque les pères s'habituent à laisser faire les enfants,
lorsque les fils ne tiennent plus compte de leurs paroles,
lorsque les maîtres tremblent devant leurs élèves et préfèrent les flatter,
lorsque finalement les jeunes méprisent les lois
parce qu'ils ne reconnaissent plus au-dessus d'eux
l'autorité de rien ni de personne,
alors, c'est là en toute beauté et en toute jeunesse,
le début de la tyrannie. »*

Platon

Ce texte n'a pas vieilli... Les intervenants sociaux et les thérapeutes sont envahis de problèmes familiaux en rapport avec la difficulté de nombreux parents à mettre les limites à leurs enfants. Les raisons sont multiples, évoquées à longueur d'année dans les journaux, les magazines et les livres consacrés à l'éducation. Tantôt ce sont les parents qui sont les

9. La peur est liée au risque ; c'est bien elle que nous travaillons.

patients désignés, tantôt ce sont les enfants. Dans tous les cas, les dommages sont partagés, les familles fracassées. Nos consultations en regorgent.

Jocelyne, 39 ans, est assistante sociale dans une petite institution qui s'occupe de jeunes en difficulté. Son mari est commerçant et ensemble ils ont eu deux enfants : Danielle, 17 ans, qui pose problème et Pascaline, 15 ans, qui s'en sort très bien. Visiblement, Jocelyne est effondrée, au bout du rouleau. Elle est en arrêt de travail et sous antidépresseurs depuis de longs mois. Elle dit que sa fille aînée est infernale depuis quelques années. Son premier petit ami portait une Iroquoise. Le second était un skinhead avec lequel elle a partagé des fugues, des vols de voitures, des violences sur la voie publique, l'usage de stupéfiants et quelques séjours au poste de police. À la maison, elle est infernale : refus total des règles de vie en commun, grossièreté, négligence de ses travaux scolaires. Elle s'absente souvent de l'école.

Depuis toujours, Jocelyne considère Danielle comme « fragile ». Elle est « collée à elle » aussi fusionnelle qu'agressive. Je lui raconte l'histoire de cette maman qui accoucha de faux jumeaux. L'un était grassouillet, elle le trouvait en bonne santé. L'autre était malingre, elle le croyait fragile. Si elle le trouve fragile à la naissance, il le sera à 20 ans ! C'est une prophétie auto-réalisante* : Jocelyne se comporte « comme si » Danielle nécessitait une protection particulière au long cours. Quand je lui eus dit que sa fille était une « handicapée », elle a bondi... Je motivais cet adjectif par ses propres mots : Danielle est une enfant fragile, fusionnelle, difficile, qui n'a pas l'autonomie de sa petite sœur. Elle est incapable de faire seule des démarches élémentaires.

Ci-dessous, nous décrivons point par point la démarche que nous utilisons en thérapie dans ces situations si fréquentes.

LA QUESTION DE L'ANTHROPOLOGUE

Comme face à d'autres comportements « surprenants », la première question que nous posons est *la question de l'anthropologue** : « Vous avez sûrement de bonnes raisons de ne pas mettre des limites ». Les réponses sont variées. Souvent un parent cumule à lui seul plusieurs « bonnes raisons ».

- Elle est fragile, a besoin d'aide, de protection.
- Mon père était sévère : je ne veux pas être comme ça.
- Il a été traumatisé par notre divorce.
- Je culpabilise parce que je travaille : on n'est pas souvent là !
- Je n'aime pas les conflits.
- Nous n'aimons pas les punitions.
- J'ai peur qu'il ne m'aime plus.
- J'ai peur qu'il se drogue.
- J'ai peur qu'il parte.
- J'ai peur qu'il parte habiter chez mon ex-mari.
- Il est encore petit pour mettre des limites : il ne comprend pas.
- Je suis malheureux quand il est malheureux.

- On n'en a qu'un...
- Mon mari ne veut pas.
- J'ai peur de le traumatiser.
- Je ne sais pas punir.
- Rien ne le touche.
- On n'en est plus maître : on s'épuise.
- On voudrait l'élever dans la liberté.
- Il paraît que d'après Françoise Dolto, à cet âge-là, il ne vaut mieux pas
- Ce n'est pas gai de le voir râler quand je refuse.
- On n'est pas des bourreaux !

La question de l'anthropologue nous indique « les moteurs » ou « le carburant » de la personne, c'est-à-dire ce qui la mobilise. *Nous allons l'utiliser**. On trouve souvent des mères « aimantes » ou « sacrificielles » ou qui veulent être une « bonne mère. » Nous allons les *mettre au défi* : en demandant à la première d'être plus aimante en mettant les limites, à la seconde de se sacrifier davantage en mettant les limites, à la troisième d'être une mère de compétition en mettant les limites. Il s'agit toujours d'amener un changement d'eux en *utilisant la position du client*.

Y A-T-IL DES EXCEPTIONS ?

Les exceptions sont des solutions qui fonctionnent déjà !

– *exceptions de type 1** : cela s'est-il bien passé une fois ou l'autre ? Que se passe-t-il quand vous agissez différemment ? Quand vous êtes absent ?

– *exceptions de type 2** : qui n'a pas de problème (ou beaucoup moins) avec votre enfant ? C'est-à-dire le problème se pose-t-il partout, tout le temps, et avec tout le monde ? Qui a trouvé une frange* (une solution) qui marche ?

Exemples : à l'école, ça se passe bien ; quand mon mari est là, ça se passe bien ; avec son parrain, ça se passe bien.

Le patient peut modéliser la personne qui a déjà trouvé une solution.

Ceci nous éclaire sur la structuration des jeux relationnels dans la famille.

LE RÔLE STRUCTURANT DES CONFLITS : FAIRE L'AMOUR AVEC VOTRE FILS ?

Nous commençons par une question très brutale : imaginez que votre fils de 10 ans vous demande « Maman, est-ce que je peux faire l'amour avec toi ? » : que lui répondriez-vous ? Toutes¹⁰ les mères qui nous ont consultés ont répondu négativement à cette question.

10. Pourtant l'inceste maternel existe...

Et nous ajoutons que si elles disaient oui – elles qui n’aiment pas les conflits – leur fils serait momentanément satisfait, leur demanderait « Maman, quand est-ce qu’on recommence ? ». Puis, ils les considéreraient comme des serpillières... Si elles disent non, elles auront droit immédiatement à des représailles : j’ai connu un fils qui, en cette circonstance, n’a plus parlé à sa mère pendant 3 mois.

Si elles avaient dit oui, il n’y aurait pas eu de conflit dans l’immédiat mais leur fils aurait été durablement déstructuré. Il n’aurait pas appris l’interdit de l’inceste : pas facile à rattraper...

Si elles disent non, il peut y avoir un conflit immédiat qui est l’occasion d’une structuration relationnelle claire : l’interdit de l’inceste.

Nous commençons donc ce travail des limites par la notion du *rôle structurant des conflits*.

LE RÔLE SÉCURISANT DES LIMITES : ROULER DANS LA NEIGE

Quand on roule sur une route de campagne, il est frustrant de ne pouvoir circuler que sur ce ruban d’asphalte alors que notre vue porte à des kilomètres tous azimuts. De plus, cette route est bordée de grosses lignes blanches et est divisée en deux par des pointillés. Quelle horreur ! Par contre, si l’on roule sur cette même route enneigée la nuit, il n’y a plus de limites ! On peut rouler où l’on veut, « faire ce qu’on veut »¹¹ ! Évidemment, il y a les fossés, les trous, les lacs gelés, etc. On peut faire ce qu’on veut... mais c’est très angoissant ! Les limites sont à la fois frustrantes et rassurantes.

Charlotte me raconte qu’elle a donné à sa fille Émilie la permission de 23 heures lors d’un anniversaire chez une copine un mardi soir, en période scolaire. Demain, il y a école : il faut donc se coucher à une heure raisonnable. Vers 22 heures, Émilie téléphone demandant de pouvoir rentrer à minuit. Sa maman refuse, Émilie râle. Je félicite Charlotte pour son apprentissage de la *fermeté* : Émilie découvre qu’elle a une mère solide, pas en caoutchouc. Bien sûr elle râle : elle aurait préféré rester jusqu’à minuit mais son anxiété se réduit en découvrant que sa mère est plus solide, qu’elle n’est pas « en latex ». Charlotte a fait un pas en avant cette nuit-là même si elle n’a pas eu « le sourire de la crémière en plus* » !

Un psychologue dirige une institution « de dernier recours » pour enfants placés par juge. Il me dit que les métiers choisis par les jeunes à leur majorité, quand ils quittent l’institution, sont préférentiellement la gendarmerie, l’armée, la Légion. Besoin de limites, besoin de cadre.

11. C’est la définition de la liberté pour de nombreux adolescents !

Pour que l'effet sécurisant soit optimum, il est important que les différentes « autorités » accordent leurs violons – autant que faire se peut – en matière de limites : que les grands-parents et les parents, les parents unis ou désunis mettent clairement les points de repères qui justifient les différences entre leurs « codes », leurs normes, ce qui est permis ou ne l'est pas, le pourquoi de ces différences, etc. Si les larges lignes blanches qui bordent la route deviennent ici ou là jaunes, pointillées, de petits cœurs roses ou des carrés bleus, il faudra s'expliquer...

En l'absence, l'insuffisance ou la variabilité de ces limites, un enfant qui reçoit – *suffisamment tôt* – les limites qui lui faisaient défaut, y trouve une sécurité et des points de repères. On voit alors les signes d'anxiété – agressivité, troubles psychosomatiques, perturbations du sommeil, consommation de « molécules analgésiques » s'amender ostensiblement... C'est plus facile à faire et plus fructueux à 10 ou 12 ans que plus tard. Nous avons formé durant 14 ans les travailleurs sociaux des Services d'aide à la jeunesse (SAJ) et des Services de protection judiciaire (SPJ, ex-Tribunal de la jeunesse) de la Communauté française de Belgique et avons pu apprécier l'importance de corriger au plus tôt ce qui n'avait jusque-là que trop traîné. Après dix-sept ans et demi de flou, à quelques mois de la majorité légale, il est souvent un peu tard. Néanmoins, la proximité de la majorité permet d'autres types d'interventions... pour autant, comme toujours, que nous disposions d'au moins un « client » motivé ! Ceci dit, certains « petits caïds » n'attendent pas l'école primaire pour être des tyrans (Pleux, 2002)... en toute complémentarité* avec leurs parents !

LE « TROUSSEAU DE CLÉS » DES COMPORTEMENTS

Épuisés¹² par des mois ou des années de combats, certains parents se demandent :

- Pourquoi faut-il toujours intervenir ?
- Pourquoi nous ?
- Pourquoi faut-il toujours demander ?
- Pourquoi l'enfant ne fait-il pas « spontanément »¹³ ce qu'il devrait faire ? Pourquoi faut-il toujours dire, redire et reredire ?

Parce que les adultes sont les parents, pas les enfants : chacun son rôle !

Parce que l'éducateur, celui qui « conduit dehors¹⁴ », c'est lui, bien entendu ! Il donne à apprendre. L'enfant fait – ou ne fait pas – son apprentissage.

12. Mettre les limites, c'est épuisant ; ne pas les mettre, c'est plus épuisant encore !

13. Le fameux paradoxe « Sois spontané » ...

14. Éduquer, *ex-ducere* : conduire dehors, hors du nid, du cocon familial. « Élever » (un enfant) c'est lui permettre d'accéder à un niveau supérieur.

Très vite, la complémentarité « clé – serrure » s’installe. Bébé a – dès les premiers mois – un *trousseau de clés de comportements* en mains. Il a « compris » qu’avec Untel, c’est le sourire qui fonctionne; avec tel autre, c’est la colère; avec le troisième, ce sont les pleurs. Et il ne va pas se tromper : il donnera sourires, colères et pleurs à qui de droit! « Il est intelligent votre gamin, Madame! Il sait ce qui marche avec vous! Il connaît votre carburant et ne mettra pas du diesel là où il faut de l’essence! Regardez comme il est différent avec votre mari, votre beau-père, votre mère... ». Est-ce lui qui est infernal ou moi qui n’ai pas encore utilisé un comportement efficace avec lui?

Si la maman qui est assise en face de moi a les jambes croisées, je pousse le pied qui est en l’air avec l’un de mes pieds : d’abord un petit peu, puis un peu plus, puis un peu plus... Je teste ses limites et elle me laisse faire : elle recule au fur et à mesure que j’avance. Je joue avec elle le jeu que son enfant joue avec elle. À un moment, il faut bien qu’elle m’arrête...

Les pédagogues disent qu’un message passe mieux quand il entre par au moins deux canaux sensoriels¹⁵. Ici, le kinesthésique s’ajoute à l’audition, le non-verbal au verbal. Quand un ressenti sensoriel – mon pied qui repousse le sien – accompagne l’apprentissage, cette maman « ancre » le message dans son corps et pas seulement dans ses pensées. L’impression – y compris au sens de l’imprimerie – est plus forte¹⁶.

Le « rôle » d’un enfant serait-il, entre autres, de tester nos limites? Et celui des parents – entre autres – de les mettre et les remettre? Certains enfants s’arrêtent plus vite que d’autres. Certains s’arrêtent tard, d’autres jamais...

Le métier de parents n’est pas facile, ne s’apprend pas à l’école mais bien *sur le tas*, par essais et erreurs... et jusqu’à la fin de nos jours!

Un sage oriental donnait des conférences sur le thème « Dix conseils pour élever vos enfants ». Il n’avait pas d’enfant. Après la naissance de son premier, il modifia le titre de sa conférence en « Trois idées peut-être utiles dans l’éducation des enfants ». Puis il eut des jumeaux et cessa de donner des conférences.

LES DEUX MAINS : AIMER ET METTRE LES LIMITES

Que ce soit par rapport aux enfants ou entre adultes, il règne dans ce domaine une grande confusion. « Si je lui refuse quelque chose, il va croire

15. *Entendre* un exposé accompagné de supports *visuels* par exemple.

16. L’hypnose thérapeutique utilise toute la diversité des voies sensorielles pour apprendre : cf. le *clenched fist** par exemple.

que je ne l'aime pas », comme si aimer c'était tout accepter. Comme si aimer, c'était dire « oui » quand on pense « non ». Comme si aimer, c'était laisser faire tout, sans limite !

Frank Farrelly rappelle, pour illustrer cela, que nous avons deux mains, l'une pour les caresses, qui aime de façon continue ; l'autre qui « serre les boulons », qui met les limites : heureusement, elle n'est nécessaire que par intermittence. Et encore, ce n'est que le comportement qu'elle sanctionne, pas la personne.

« *L'amour sans les limites, c'est l'horreur ! Les limites sans l'amour, c'est l'horreur aussi* ».

Arthur, 21 ans, est en deuxième année de droit à l'université. Il est beaucoup sorti, a fait la fête et a raté son année : il doit la recommencer. Son père lui a coupé les vivres pour un an : c'est la faculté de droit qu'il lui paie, pas le Club Med ! Il ne travaille pas pour quelqu'un qui ne travaille pas à son propre projet. Papa annonce qu'il paiera les années suivantes, quand celle-ci sera réussie. Année tendue au cours de laquelle le frère cadet d'Arthur exprime clairement à son père qu'il ne comprend pas pourquoi celui-ci continue à faire de petits cadeaux, téléphoner, écrire à son fils aîné « puisqu'il ne lui paie pas son année » ! Une fois cette année de faculté réussie, la main « qui serre les boulons » peut cesser son activité : celle « qui aime » n'a jamais cessé la sienne...

Mathieu, 15 ans, vole sa mère (25 euros) et sa grand-mère (50 euros) un paisible dimanche d'été : coup de tonnerre dans un ciel bleu pour cette maman bien-pensante ! Son fils est un voleur ! Aveux, restitution, sanction. Le lundi soir, Mathieu va jouer au tennis avec son père comme chaque semaine : d'habitude papa lui donne 3 euros pour boire un pot avec ses copains. Ce lundi soir encore, Mathieu – encore sous le coup des événements de la veille – reçoit comme chaque semaine ses 3 euros, à son grand étonnement. Pour tout commentaire, son papa lui dit « Ça n'a rien à voir ! ». Très juste.

Imagineriez-vous – après une « sérieuse discussion de couple » – préparer à votre conjoint son petit plat préféré ? Ou lui offrir des fleurs ou une coupe de champagne, *simplement parce que vous l'aimez* ? Ça s'apprend. Eh oui, les deux mains existent aussi entre adultes !

SAINT-NICOLAS ET PÈRE FOUETTARD¹⁷

Que le couple parental soit uni ou séparé, si les limites divergent d'un parent à l'autre, d'une autorité à l'autre, c'est la stabilité des repères qui est

17. Dans nos régions, la nuit du 5 au 6 décembre, la légende veut que Saint-Nicolas apporte des jouets aux enfants qui ont été sages tandis que Père Fouettard gronde ceux qui n'ont pas été sages. Ceci amène un dialogue entre ces deux personnages, les parents, et l'enfant concerné.

menacée. Certains enfants s'engouffreront dans cette brèche, d'autres moins. Il est fréquent dans les couples – stables ou recomposés – de voir l'un des parents avoir un point de vue quant aux limites et l'autre *se croire obligé de compenser* : c'est l'escalade complémentaire *, dangereuse pour le couple, déstructurante pour l'enfant. Les « dessous de table » y sont nombreux : « Ne dis pas à Papa que je t'ai donné de l'argent, permis de rentrer plus tard, laissé dormir chez ta copine, etc. ».

Le même jeu peut exister entre des grands-parents « gâteaux » et les parents : telle grand-mère disait à son fils concernant son petit-fils « Tiens le bien, il en a besoin ! Il faut de la poigne avec lui » pendant qu'elle proposait en cachette de l'argent au petit-fils...

Il est fréquent dans les suites des divorces, l'enfant étant *utilisé, acheté* par les ex-époux divorcés et/ou leurs familles : l'un permet de manger des chips, du chocolat et du *Coca* alors que l'enfant souffre d'obésité et consulte une diététicienne. L'un ne paie pas la pension alimentaire mais emmène sa tribu au Club Méditerranée pendant que l'autre parent a du mal à nouer les deux bouts.

« Saint-Nicolas et Père Fouettard » fait partie des classiques des jeux familiaux ! Le jeu se passe dans les meilleures familles !

L'ESPACE COMMUN, LES TÂCHES COMMUNES : « L'ESPRIT BATEAU »

Si nous partons pour une croisière de 15 jours sur un voilier, l'espace commun est particulièrement limité et les tâches sont réparties. Si l'un d'entre nous, sans considération pour les autres, envahit tout l'espace en y semant ses affaires ou n'accomplit pas les tâches qui lui incombent, tout le monde va en pâtir. C'est une situation fréquente dans les familles non navigantes ! Le linge sale traîne par terre à la salle de bain, la veste sur le divan du salon et il y a tant de bonnes raisons de ne pas mettre la table ou de ne pas faire la vaisselle.

Il est difficile pour certains parents d'exiger cette participation active des enfants à la vie familiale, d'autant que certains adultes tolèrent cette incurie de leur conjoint depuis 10 ou 20 ans. Quand on leur pose la question de l'anthropologue, les « bonnes raisons » ne manquent pas et ressemblent assez à celles que nous avons citées plus haut.

Voici des exemples d'alternatives :

– une maman « aimante » rechigne à faire du donnant-donnant : refuser de faire à manger ou de mettre la table ou de lessiver ou repasser « parce que » sa fille, elle, ne fait pas sa part, c'est au-dessus de ses forces ;

– quand la chambre n'est pas rangée, s'agit-il d'un espace commun (où maman souhaite garder l'autorité) ou Maman peut-elle « donner l'indépendance à cette colonie », c'est-à-dire accepter que l'adolescent l'assume lui-même ? Maman n'ira plus ranger ni même laver cet espace dont l'enfant

aura acquis l'autorité souveraine. Certaines mères ont plus de facilité que d'autres à donner cette indépendance.

Ici comme ailleurs, l'enfant est le père de l'homme. Ces conflits de limites et de territoires modifient les certitudes, parfois solidement ancrées. Ils sont, pour tous les protagonistes, une occasion de grandir – ou non – à l'occasion d'une souffrance certaine.

L'esprit bateau, comme nous l'appelons volontiers, s'apprend à la maison, à l'école, dans les mouvements de jeunesse : c'est l'une des dimensions de la vie en groupe, la famille n'étant que l'un des systèmes auxquels participe l'enfant.

RENDRE À CÉSAR...

Quand un membre d'un système – familial ou non – apporte un problème, il est courant que d'autres se précipitent pour le solutionner. La circularité se répète et crée des boucles dont certaines sont douloureuses et deviennent des cercles vicieux.

Le paradoxe de l'aide* est du type « Quand je le fais à sa place, je ne suis pas à la mienne et je l'empêche de prendre la sienne ». L'un de mes amis le formulait autrement « Il est irresponsable d'être responsable à la place d'un irresponsable »...

Dans ce type de « tennis relationnel* », le parent a endossé le problème et s'en *plaint*. Celui qui gagne ainsi à être aidé aurait tort de se plaindre : *tant qu'il gagne, il joue!* Quand l'un le fait, l'autre ne doit plus le faire. *Rendre à César*, c'est rendre à chacun la responsabilité qui lui incombe, la part qui lui incombe et ne pas se mettre à *sa place*. *Au nom de l'amour*, que n'a-t-on pas bafoué ce principe « dramatiquement »¹⁸ : le *sauveur* aimant se retrouve vite *persécuteur* ou *victime!* Que celui qui apporte le problème le résolve...

LE GENDARME ET LE RADAR

Quand on dirige une famille – ou un autre système humain : un service dans un hôpital ou une entreprise – on y est responsable de la loi et de l'ordre. *L'autorité, c'est celui qui fait la loi et qui la fait respecter.*

18. Allusion au triangle dramatique de l'analyse transactionnelle.

Moi la maman, je suis responsable de l'intégrité corporelle de mes enfants en bas âge, face à leurs aînés par exemple. Je ne peux pas accepter que le grand frère tape sa petite sœur : je vais informer préventivement, constater et sanctionner s'il y a violence. Si je n'aime pas gendarmier, il faut que j'accepte ce rôle de protection du petit en tant que chef de famille. Pour ce faire, je dis et explique ce que l'on peut faire et ses limites.

Si je suis chef d'équipe, infirmière-chef ou chef de bureau, je suis responsable de la loi et de l'ordre dans mon département. Il n'y aura ni violence ni harcèlement moral ou sexuel, ni graffitis insultants dans les toilettes. Si je ne suis pas prêt à gendarmier, je ne dois pas accepter cette responsabilité.

Vu sous cet angle, on n'ose pas imaginer ce que serait la société sans *les forces de l'ordre*. Ce qui dérange, c'est l'abus du pouvoir chez ceux qui détiennent l'autorité, mais il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Ces prémisses une fois acceptées, j'utilise sans crainte la métaphore du gendarme chez ces parents qui n'aiment pas mettre les limites. L'excès de vitesse repéré par radar, puis sanctionné est la métaphore que j'utilise.

• La limite est arbitraire

Un Lillois qui décide de partir à Cologne par l'autoroute passera de France en Belgique puis en Allemagne. Actuellement, il est autorisé à rouler à 130 km/h en France, à 120 en Belgique et sa vitesse ne sera pas limitée en Allemagne. La norme n'est-elle pas universelle ? Non, c'est l'autorité locale qui fait la loi.

Quand un enfant dit : « C'est dégoûtant, mon copain lui peut aller coucher plus tard (acheter un scooter, rentrer plus tard la nuit) », la réponse est : « Oui, c'est dégoûtant ».

En effet, la règle varie d'un territoire à l'autre, d'une autorité territorialement compétente à l'autre. Les parents du copain choisissent les limites qu'ils souhaitent pour leur famille; nous choisissons les nôtres, et vu de l'extérieur, ça peut paraître révoltant. « D'ailleurs, moi ton père, je trouve dégoûtant que les Allemands puissent faire du 180 km/h sur l'autoroute. Si je le fais chez nous, cela va me coûter très cher ».

Ce thème revient souvent entre enfants de parents séparés. Sur mon bateau, je suis le capitaine : je dicte les règles et je les fais respecter. Sur l'autre bateau, il y a un autre capitaine et peut-être d'autres lois. Je suis compétent sur mon bateau, pas sur le sien. En espérant que l'intérêt de l'enfant plutôt que l'intérêt des adultes inspire les lois et leurs applications.

Les « trop » ou « pas assez » relèvent du même arbitraire.

• **La limite implique une sanction**

C'est, paraît-il, une évidence en droit : *tout ce qui est interdit et n'est pas sanctionné, n'est pas interdit*. La sanction, pour être juste, doit être proportionnelle, au minimum réparatrice, et, si possible en rapport avec la faute ou le dommage causé.

Chaque fois que l'on crée une limite, il faut – et cela n'a rien de romantique¹⁹ – l'assortir d'une sanction. Rêver d'un monde sans force de l'ordre, imaginer un monde sans sanction, serait pur angélisme.

Pour certains parents, le simple fait d'imaginer mettre une sanction est difficile. Le mot sanction n'a pas cours chez eux : « On n'aime pas les punitions ». Dans la pure tradition éricksonienne, nous *utilisons* les valeurs du client* pour l'amener à se comporter autrement à l'intérieur de son propre *credo*.

Fréquemment, des parents nous disent : « Il n'y a rien qui le touche ». Le « rien » est ici encore un peu excessif. Comme classiquement dans notre grille d'intervention*, nous allons faire la liste des tentatives de solutions déjà tentées – avec ou sans succès. Il y a peut-être eu des succès partiels ou momentanés (exceptions de type 1) ou d'autres ont trouvé des solutions efficaces (exceptions de type 2). Pourquoi le patient n'a-t-il pas utilisé ces moyens qui solutionnent son problème ? La question de l'anthropologue* mérite d'être posée et éclairera notre travail ultérieur.

• **Sanction non appliquée = limite non crédible**

– Je compte jusqu'à cinq : un, deux, trois, quatre, quatre et demi, quatre trois quarts, etc.

– C'est bon pour une fois.

– Je te donne encore une chance.

– Je ne le répéterai plus.

– Un exemple fréquent en Belgique était celui de l'absentéisme scolaire. La loi prévoit l'obligation scolaire, des exceptions précises et des sanctions. D'un arrondissement judiciaire à l'autre, les juges de la jeunesse l'appliquaient très différemment. Comment un travailleur social ou un thérapeute pouvait-il demander le respect d'une règle si le non-respect n'était pas sanctionné ? Heureusement, les choses ont changé...

En Belgique, il y a quelques années, dans une institution fermée pour mineurs délinquants, un éducateur a été sévèrement tabassé par quatre jeunes. Le jour même, les autres éducateurs de cette institution se sont mis en grève partielle, refusant de s'occuper des quatre jeunes qui avaient blessé leur collègue. Le ministre responsable de ce secteur a déplacé un des jeunes vers l'autre institu-

19. Référence aux « contes de fée » de John Weakland.

tion fermée pour mineurs délinquants, exportant ainsi la grève dans l'autre établissement. Des éducateurs extérieurs ont été appelés en renfort pour remplacer leurs collègues. Un soir, au bord de la piscine, l'un des jeunes prend dans sa bouche de l'eau de la piscine et la crache tranquillement sur un des deux éducateurs de service. Le deuxième et le troisième font de même. Les éducateurs décident que la cassette vidéo qu'ils avaient apportée pour la soirée ne sera pas visionnée. Le repas du soir se passe bien. Après quoi, l'un des jeunes arguant de leur bonne tenue à table, demande à l'éducateur s'ils peuvent quand même voir la cassette. Et l'éducateur accepte. La réponse ne se fait pas attendre, le jeune réplique : « Si tu ne te respectes pas, je ne te respecte pas ! »... Superbe !

• Le gendarme n'a pas commis l'infraction

Nos chers petits tentent volontiers de culpabiliser les parents qui les sanctionnent. Moi-même – supposé adulte ? – quand je suis verbalisé pour un excès de vitesse, par exemple, je sens venir du fond de moi une sainte colère vis-à-vis du verbalisant : « Comment peut-on faire un métier pareil ? ». J'ai 5 ans d'âge mental quand je dis cela... Je rappelle aux parents que le gendarme, qui se trouve derrière le radar qui a photographié l'infraction, n'a pas commis celle-ci évidemment. Il est important qu'ils rendent à l'enfant la responsabilité de ses actes sans se laisser culpabiliser à mauvais escient. *Rendre à César...*

Sam a 15 ans. Un soir, ses parents m'ont invité à partager leur repas. Sam regarde *les Simpsons* à la télé. Sa mère l'appelle « Sam, à table ». « Oui, M'man ». Quelques minutes plus tard « Sam, à table ! ». « Oui, j'arrive ». Encore quelques minutes plus tard « Sam, c'est dans l'assiette, ça va refroidir ! ». Et Sam hurle « Tu m'emmerdes à la fin, ça fait trois fois que tu le dis ! » Sam ne vient pas à table à la troisième demande mais c'est la faute de sa mère... Autorisé, j'interviens « Sam, quand tu dis que tu viens, puis-je te croire ? Parce que si je ne dois pas te croire, il suffit de me le dire... Alors, puis-je te faire confiance oui ou non ? » C'est Sam qui amène le problème, c'est lui qui assume.

La façon habituelle d'annoncer une sanction est de dire « Si tu fais ceci, il va t'arriver cela ». Le « pauvre contrevenant » est menacé par le « méchant gendarme ». Un persécuteur, une victime... J'ai une préférence pour l'énoncer autrement : « Si tu veux qu'il t'arrive cela, il te suffit de faire ceci ». Le choix de comportement de cette personne a un coût annoncé. Ce n'est pas le gendarme qui a commis l'infraction.

• Le gendarme reste calme

« Bonjour Monsieur, Gendarmerie Nationale, puis-je avoir les papiers du véhicule ? ». Le gendarme verbalisant a été formé à rester calme même dans les circonstances qui mobilisent ses émotions. *La force tranquille...*

Certains parents s'énervent si souvent dans les moments difficiles : cris, vociférations, gesticulations, etc parfois une claque perdue ! Peut-être avon-nous quelque chose à apprendre des gendarmes ? *La force tranquille...*

Cinq points donc...

1. La limite est arbitraire.
2. Toute limite implique une sanction.
3. Sanction non tenue = limite non crédible.
4. Le gendarme n'a pas commis l'infraction.
5. Le gendarme garde son calme.

Ces cinq points sont tous nécessaires : s'il en manque un, cela risque de compromettre le tout. Une chaîne vaut ce que vaut son maillon le plus faible. Le thérapeute identifiera avec le patient le ou les maillons faibles : ils seront l'objet de l'apprentissage à faire.

COMMENT DONNER ENVIE DE CHANGER DE COMPORTEMENT ?

C'est en *utilisant** les valeurs de la personne que nous pourrions susciter chez elle le désir d'agir autrement. La maman *pleine d'amour*, le père *sacrificiel*, le père *autoritaire*, la maman *aidante d'un enfant « fragile »* et d'autres qui souhaitent « être de bons parents » vont être invités à se comporter différemment *au nom de la valeur* qui les a tant mobilisés jusqu'ici.

Je raconte volontiers aux patients que deux de mes trois enfants sont des « pigeons voyageurs ». L'un vit en Chine, l'autre en Afrique. Seule la troisième vit *pour le moment* dans notre pays. J'ai toujours souhaité, comme une valeur première, qu'ils soient débrouillards. Je pense avoir fait beaucoup pour qu'ils acquièrent leur autonomie c'est-à-dire... que *j'ai peu fait à leur place, pour rester à la mienne, en les laissant prendre la leur*. Et j'ajoute « Vous savez, ce n'est pas drôle d'avoir ses enfants loin de soi ! Qui va s'occuper de moi dans mes vieux jours ? C'est bien beau de parler d'autonomie ! Plus ils sont handicapés, moins loin ils partent ! »...

Un assistant social (AS) d'un Service d'aide à la jeunesse a des difficultés à travailler avec un père, maghrébin comme lui. Le père est de la première génération immigrée en Belgique. La fille est née en Belgique, elle est de la deuxième génération. Le père reste imbibé de sa culture natale, la fille baigne dans la culture locale : petits amis, vêtements sexy, alcool, pilule, etc. Le père a une vision très autoritaire de l'éducation. Son père était autoritaire et le résultat n'est pas si mal... Sa fille s'est mise en danger dans des fugues de plus en plus longues : drogues, prostitution ? Lui a utilisé la force physique pour se faire obéir. Lors du premier entretien, il arrive dans le bureau de l'assistant social en disant : « Il faut placer ma fille ! ». Toujours la loi du plus fort... Nous avons travaillé cela en jeu de rôle lors d'une formation, l'AS jouant le rôle du père, le formateur le rôle de l'AS. L'AS reçoit le père et lui demande quels *faits* posent problème. Suivent la question de l'anthropologue et la mise en évidence de la bienveillance – sans doute très maladroite parce que très autoritaire – de ce père envers sa fille. Il veut le bien de sa fille, elle est la prunelle de ses yeux. Le père reprend la liste des solutions déjà tentées dans laquelle *l'autorité verticale* a la part belle. C'est

la tradition de sa famille. Ainsi amené, le travail de l'assistant social devient plus évident. Deux valeurs coexistent : le bien de ma fille et l'autorité verticale.

Une première solution serait du type « C'est beau de rester fidèle à vos idées même si cela vous coûte cher, à vous et à vos proches* ».

« Vous, au moins, vous avez le sens de l'autorité, même si cela vous coûte cher. Moi, je n'ai pas votre force de caractère, votre sens très net de l'autorité verticale : moi, je fais sans doute trop de compromis... L'important, ce n'est pas qu'elle fugue, se drogue, se prostitue. L'important, c'est le respect de la tradition familiale et de ses valeurs. »

L'intervenant pousse à l'absurde la position autoritaire du père : il devient difficile à ce dernier de continuer dans cette voie.

C'est vrai que ma fille va bien, me pose moins de problèmes. Mais quand même, j'ai un problème, moi qui vendrais ma mère pour un compromis avec ma fille...

Une deuxième solution peut alors lui être proposée : « Vous qui aimez tant votre fille, que pourriez-vous imaginer d'autre qui soit plus efficace ? Cela serait sans doute moins autoritaire mais aussi moins coûteux, moins dangereux, moins douloureux. Qu'en pensez-vous ? ».

Et il y en aurait bien d'autres, la première étant « utilisationnelle », provocatrice, à la Farrelly. Il faut beaucoup de bienveillance pour y mettre le ton juste, celui qui touche.

LES LIMITES ONT DES LIMITES : L'EMPIRE ROMAIN

Vouloir *tout* réglementer *tout le temps*, c'est beaucoup ! Surtout quand on a longtemps omis de mettre les limites ! *La progressivité* s'impose pour éviter le tout ou rien.

Pour proposer cette progressivité, nous utilisons la métaphore de « l'Empire romain ».

L'Empire romain est mort d'indigestion : au fur et à mesure de sa croissance, ses frontières se sont allongées démesurément. Il devenait impossible d'en contrôler sérieusement toutes les limites : il y en avait trop ! En famille, c'est la même chose. Si l'on veut tout contrôler, on ne contrôle plus rien. Il va donc falloir *apprendre à choisir* ce que l'on veut absolument faire respecter, ce qui est essentiel, ce qui a de la *valeur*. Ce seront les *valeurs* que les parents désirent transmettre à leurs enfants.

« Que désirez-vous absolument faire respecter ? Faisons-en une liste concrète et brève : maximum 5 points ».

Nous travaillons – avec le ou les parents – à bâtir *leur* apprentissage non seulement pour établir cette liste de limites mais surtout pour en comprendre les justifications, les choix et leur nécessaire adaptation au fil du temps et en fonction de l'âge des enfants. La coordination entre papa et maman passe par leur engagement à faire respecter ce nécessaire compromis entre leurs deux positions de départ.

Nous passons en revue les cinq points développés plus haut :

1. Oui, cette limite est *arbitraire*.
2. Cette limite *doit* être assortie d'une sanction réfléchie et annoncée.
3. Pour être crédibles, les sanctions doivent être appliquées.
4. C'est un comportement qui est sanctionné, le gendarme n'a pas commis l'infraction.
5. La force tranquille.

Ces cinq points forment un tout, une chaîne.

Une chaîne vaut ce que vaut son maillon le plus faible. Quel est – ou quels sont – pour vous, le(s) maillon(s) à renforcer ?

Quand auront été discutées les mesures à prendre, nous proposerons *un changement minimum mais clair et ferme*. S'il y a, sur un seul point, un changement clair et unanime de comportement des parents, les enfants le perçoivent très vite. Et comme ils sont très intelligents, ils en tiennent compte.

Peu importe, au fond, que les parents choisissent de modifier leur attitude sur tel ou tel point. L'important sera leur détermination, *la fermeté* de leur intervention qui en fera un message *clair*. « Votre enfant verra votre détermination dans vos yeux et entendra la fermeté du ton de votre voix. C'est cela, plus que le contenu de vos paroles, qui lui dira qu'il est temps de changer *parce que vous avez changé!* »

Un enfant de 8 ans tapait sa maman qui ne mettait pas de limites et finissait par en avoir peur... Même la grande sœur de 10 ans n'était pas à l'abri.

Nous avons reçu les deux parents qui souhaitaient apprendre à mettre leurs limites. Nous avons insisté sur le côté arbitraire des limites, sur le non-verbal, la détermination, la fermeté plutôt que sur le *un pour cent* concret de changement choisi, laissé à leur appréciation.

Une fois dans la voiture, les parents souhaitent passer par le *drive-in* d'un *fast-food* tout proche et questionnent le fiston sur ce qu'il souhaite manger. Celui-ci chantonne, siffle, les ignore superbement. Sur place, les parents passent leur commande et consomment, le fiston n'ayant rien commandé. Il se roule de rage sur la banquette arrière et dit « Vous êtes fous? Pourquoi vous faites ça? ». Et dans un bel ensemble les deux parents se retournent sur leur rejeton et lui disent « Parce que ça va changer! ». Un changement plus étoffé s'est rapidement installé...

QUAND LE PARENT SAIT CE QU'IL FAUDRAIT FAIRE MAIS EN EST INCAPABLE...

Une maman m'est adressée par le Service d'aide à la jeunesse. Son fils de 10 ans a été renvoyé de la première institution où il était placé : il en est à sa seconde. Il menace sa mère d'un cutter, dort dans son lit, est grossier, etc. Très agressive au départ, la maman nous explique qu'elle a déjà rencontré une quinzaine d'assistants sociaux et de psychologues qui lui ont tous dit comment élever son enfant.

Elle leur a répondu qu'elle savait très bien comment élever son enfant, qu'elle n'avait rien à lui refuser, etc. Je lui annonce que je n'ai pas de conseils à lui donner, que d'ailleurs ce n'est pas mon problème, que sans doute c'est le sien...

L'alliance thérapeutique se construit très vite et dès la deuxième séance, cette maman m'annonce qu'elle a commencé à mettre ses premières limites et que sont fiston l'y encourage! «Très bien, Maman, c'est comme cela qu'il faut faire!». Quel bonheur! Mais la maman s'effondre en pleurs «Je sais très bien que c'est comme cela qu'il faut faire mais je n'en suis pas capable!» Et elle raconte une scène où, petite enfant, elle s'est sentie abandonnée par sa propre mère, scène «traumatique» qui sera travaillée en HTSMA avec de bons résultats sur la mère et sur l'enfant.

Ici encore, l'enfant nous révèle l'adulte et aider l'adulte aidera l'enfant. La maman avait «de bonnes raisons» de ne pas mettre des limites...

QUAND LES LIMITES SONT LA TENTATIVE DE SOLUTION INEFFICACE...

Nous le disions dans notre premier ouvrage : 90 fois sur 100 au moins, la logique (le bon sens, le sens commun) alliée à la bienveillance (les bonnes intentions, la bonne volonté) nous permettent de sortir de nos difficultés. Et quand cela marche, pourquoi changer? Ce n'est que lorsque ce bon sens ne fonctionne pas qu'il n'est pas le bon sens. Dans l'éducation aussi, toute la logique première que nous venons d'évoquer peut ne pas obtenir les résultats escomptés. C'est alors que l'on pensera à *Éduquer sans punir*, titre d'un livre de Roland Coenen (Eres, Ramonville, 2004). Éricksonien de la première heure en Belgique, il a consacré son travail à aider des adolescents et leur famille. Il s'occupe de ces quelques pourcents chez qui punir davantage serait «faire plus de la même chose qui ne marche pas» et a, dans ce domaine, cherché des voies originales.

Ceux qui nous consultent n'ont, eux, pas encore appliqué le bon sens et c'est là que se situe leur apprentissage...

Les limites aux adultes

Hélène, 28 ans, allaite son premier bébé. Depuis toujours, elle est complexée par sa forte poitrine, laquelle est plus évidente que jamais! Son lait déborde à travers son chemisier. Le motif de sa consultation? Elle n'arrive pas «à se faire respecter», ni à la maison ni au travail. Elle raconte en passant qu'elle fait régime pour le moment pour perdre des kilos accumulés pendant sa grossesse. Sa maman et sa meilleure amie lui ont dit : «Tu ne peux pas faire ça! Au contraire, tu dois prendre des vitamines et autres suppléments alimentaires dont le bébé et toi-même avez besoin!».

Je me lève, m'approche très près d'elle, pose ma main sur son épaule et la secoue de façon répétée en martelant «Fais ce que je te dis! C'est pour ton bien!». Hélène pleure et répond «C'est exactement ce qui se passe dans ma vie».

Hélène ne sait pas encore mettre les limites aux autres, à sa maman entre autres.

Nous avons le souci *d'être compris et appréciés pour être aimés*. Nous allons apprendre – tôt, tard ou jamais – à montrer notre différence, notre singularité, notre identité, quitte à ne pas être compris. Même après beaucoup d'entraînement, il y a des circonstances dans lesquelles il n'est pas facile de dire les choses quand les choses en question ne sont pas agréables à entendre. Nous avons développé avec les outils classiques de thérapie brève des interventions pour travailler ce type d'apprentissage. En voici quelques-uns.

VOLER LE SAC À MAIN (JEU DE RÔLE)

Ophélie, 38 ans, est au chômage et élève seule ses trois enfants. Cet été-là, elle me téléphone, souhaitant me consulter mais se disant incapable de payer le prix de la consultation. Elle me demande si elle peut bénéficier d'un prix réduit. J'accepte qu'elle paie la moitié du prix la première fois. J'ajoute qu'elle bénéficiera du même tarif lors de la seconde consultation *si elle a réellement changé* et je serai seul juge de ce fait. Lors du premier entretien, elle dit que ses compagnons successifs et ses enfants « lui marchent dessus », qu'elle ne sait pas mettre les limites aux uns et aux autres dans les différents secteurs de sa vie. Elle aimerait devenir visiteuse médicale.

En cours d'entretien, je me lève, m'approche d'elle, prends son sac à main et le place derrière mon siège sans aucun commentaire. Souriante, elle continue à parler. Devant cette absence de réaction, je prends son sac sur mes genoux. Elle continue à sourire. J'ouvre alors son sac et lui demande s'il y a de l'argent à l'intérieur. Je prends son portefeuille et j'y prends de l'argent. Toujours pas de protestation, toujours un grand sourire. Je mets l'argent dans la poche de ma chemise : toujours rien !

Il est évident que je joue avec elle le jeu que les autres jouent avec elle et elle avec eux. Au tennis relationnel, il y a toujours deux partenaires ! On ne peut pas danser le tango tout seul. Je dis à Ophélie que je me suis approché d'elle avec une proximité habituellement réservée aux intimes : j'ai violé son espace, son territoire. Puis j'ai volé son sac, violant ainsi son droit de propriété et les règles les plus élémentaires de la déontologie médicale. J'ai persévéré outrageusement en ouvrant son sac et même son portefeuille puis en y prenant son argent sans vergogne ! À aucun moment elle ne m'a envoyé un signal pour me dire « Ça suffit ! ». Ophélie, comme toutes les patientes dans le même cas, m'a répondu, toujours souriante, qu'elle avait confiance en moi, qu'elle savait bien que je n'allais pas la voler, etc. Elle comprend rapidement que le jeu que nous jouons est celui qui fait son problème et dont elle est une partenaire tellement souriante et tellement gentille... ! Je lui rends son sac et 10 minutes plus tard, je le lui vole à nouveau. Elle ne m'empêchera de continuer qu'au moment où je prends les billets dans son portefeuille. Dix minutes plus tard, je recommence : là, elle m'empêche énergiquement de prendre son sac. « Vous apprenez vite », lui dis-je en lui serrant la main...

Lors de la seconde consultation, elle m'annonce qu'elle a changé telle et telle chose avec son compagnon, telle et telle autre chose avec ses enfants. Je lui dis « OK, vous avez changé : bon pour un demi-tarif ! ». C'est alors qu'elle sortit de son sac à main un petit sac en broderie de couleur vive et me dit : « Ca m'a marquée ce vol de mon sac ! Je crois que j'ai compris et en tout cas j'ai changé. J'ai vu qu'il y avait des bibelots dans votre bibliothèque : je vous ai ramené un petit

sac pour vous l'offrir. Quand vous le regarderez, vous penserez à notre première consultation». Un an plus tard, Ophélie revint me voir... comme visiteuse médicale. Elle me dit : « Je n'ai rien à vous vendre, je voulais seulement vous dire que j'avais atteint mon deuxième objectif ».

Ces personnes qui laissent briser leurs limites, envahir leur territoire supportent parfois très longtemps ces interactions avant de les vivre comme de vrais harcèlements. Au mieux, ils explosent, à bout de nerfs, quand cela va beaucoup trop loin. Ils n'ont que deux options : se taire ou exploser. Nous allons leur apprendre l'usage des *armes intermédiaires*. La loi parle de *légitime défense* quand plusieurs critères sont réunis. L'un d'entre eux est que la riposte soit proportionnelle à l'attaque. Partant de faits de leur quotidien, nous leur proposerons un apprentissage progressif d'une gamme de réponses variées, proportionnelles à l'agression subie. Le patient découvre toutes les *franges* possibles* d'une riposte graduée.

Une métaphore utile est que les frontières sont défendues en première intention par des douaniers, puis par la police locale, puis par la gendarmerie nationale, puis par l'armée. La panoplie des armes va de la matraque à l'arme de poing, au fusil, au mortier, au canon, à la bombe et, *in fine*, à l'arme nucléaire.

DONNER N'EST PAS ÉCHANGER : LE PAQUET DE BONBONS...

Certains patients sont déçus et irrités parce que les « dons » qu'ils ont faits ne sont pas réciproques.

Par exemple, Christine est offusquée parce que son beau-frère « pour lequel elle a tant fait » ne l'a pas invitée pour un week-end de ski. « Alors que moi, j'organise tous les anniversaires chez nous et je ne sais pas quoi faire pour leur faire plaisir. *Je donne et ne reçois rien en retour* ». Christine visiblement confond *donner et échanger*.

Nous lui proposons la métaphore du paquet de bonbons.

Métaphore du paquet de bonbons

Si je vous donne un paquet de bonbons et que vous me donnez 2 euros, vous ai-je donné quelque chose? Non, bien sûr, nous avons échangé un paquet de bonbons contre 2 euros. C'est un contrat clair dans lequel les deux parties sont d'accord sur la valeur du paquet de bonbons et sur cet échange immédiat.

Si je vous donne un paquet de bonbons et que je vous dis « Tu t'occuperas de moi quand je serai âgé, en maison de retraite... », il s'agit toujours d'un échange mais dont le contrat n'est pas clair.

Si je vous « donne » (vraiment!) un paquet de bonbons, je n'attends rien en retour. Les enfants disent « Donner c'est donner, reprendre c'est voler! ». Si vous me dites merci, vous montrerez que vous êtes poli : il n'y a rien d'autre à faire.

De douloureuses déceptions sont générées par une confusion entre échanger et donner. Nombre de nos rapports, privés et professionnels, sont des échanges, pas des dons. C'est très bien ainsi, surtout si les contrats d'échanges sont clairs. Mais le don – supposé gratuit – existe-t-il ? Certains, et non des moindres, pensent que non. Il y a toujours un bénéfice, narcissique ou autre, à donner. Les praticiens de la relation d'aide savent combien subtils sont ces bénéfices. Dans mon cabinet comme ailleurs, *je préfère être la perfusion que le cancéreux...*

LA MÉTAPHORE DES CHERCHEURS D'OR

Un médecin spécialiste en libéral me raconte qu'il s'est associé avec un autre médecin : il n'a que faire des formalités juridiques d'un contrat d'association, « lui qui a un grand sens de l'amitié » et fait confiance *a priori*. Il a donné à son collaborateur la moitié de son travail, a accepté d'autres fonctions moins agréables dans l'hôpital pour agrandir leur « gâteau commun » mais constate que son associé tente d'augmenter de toutes les façons sa part du gâteau. Il y a des mois que cela dure, son équilibre financier est mis en péril. Son épouse lui en tient rigueur et il consomme antidépresseurs et alcool depuis 6 mois. Je lui raconte l'histoire d'un film qui est passé récemment sur TF1²⁰.

Métaphore des chercheurs d'or

Deux chercheurs d'or découvrent simultanément de l'or dans une rivière et décident de se partager la vallée : l'un achète la rive gauche, l'autre la rive droite. Ils exploiteront la rivière chacun leur tour, un jour sur deux.

Le premier délimite son terrain avec des clôtures, y installe des panneaux où, sous une tête de mort, il est écrit « Étranger, si tu franchis cette *limite*, tu es un homme mort ». On l'entend régulièrement s'entraîner au tir et, dans ses rapports avec les villageois, il garde ses distances. L'autre compère au contraire est un homme affable, estimé au village. Un jour, un troisième larron arrive dans la vallée et, comme par hasard, se dirige chez l'homme sympathique. Il lui dit « Je ne veux pas t'ennuyer, mais je n'ai rien à moi et je vais partir dans la vallée d'à côté en emportant ton troupeau ». Le propriétaire du troupeau se défend bien un peu mais, *lui qui a un grand sens de l'amitié*, il ne se résout pas à *sortir ses armes* pour défendre son bien. Il voit donc à grande peine partir son troupeau et le fruit de son travail. Un peu plus tard, un quatrième larron vient lui prendre ses prairies, un cinquième ses bois et un sixième vient squatter son ranch. Trois autres larrons viennent l'y rejoindre.

Par une belle nuit d'orage, notre homme est pris par une soudaine colère : il chasse les squatters et va récupérer ses biens *manu militari*.

20. Pure invention : il ne s'agit pas d'un film passé sur TF1. Erickson parlait souvent de « son ami Jean » pour introduire une histoire.

Au petit matin, il va retrouver son compère de l'autre côté de la rivière, lui explique ses déboires et lui pose la question : « Pourquoi tous ces gens sont-ils venus chez moi ? ».

Son compère prend son banjo, égrène quelques notes de musique et dit « Moi j'aime vraiment la paix, alors je montre tout de suite la limite. Les gens qui me découvrent ensuite ne peuvent avoir que des bonnes surprises... »

Le lendemain, le médecin sonne à ma porte. J'ouvre et cet homme me dit « Ils n'auront pas mes truites ! », ce qui me laisse interloqué... En réalité, je lui avais récité, comme un copié – collé, une métaphore créée pour un autre patient. Celui-ci, d'origine citadine, n'a rien à faire d'un cheptel, de prairies ou de bois. Ces images n'évoquaient rien pour lui. Par contre, c'est un passionné de pêche à la truite. Il avait spontanément transformé les termes de cette métaphore, par ailleurs congruente à son problème, de façon à pouvoir la rendre utile pour lui.

Il revenait de chez son collaborateur où il avait mis les choses au point quant à leur partage de travail et décidé d'établir un contrat écrit entre eux.

Ceci illustre combien l'inconscient d'une personne peut corriger les maladresses de son thérapeute pour prendre dans leur travail commun ce qu'il y a de meilleur pour elle.

LES CERCLES CONCENTRIQUES

Nous dessinons pour le patient au milieu d'un A4 deux cercles concentriques : dans le cercle central, la lettre I; dans l'autre la lettre E. La lettre I représente l'intérieur de vous, l'intime, l'inconscient : c'est la partie de vous qui ressent. Elle vous dit si vous êtes bien, pas bien, suscite vos émotions, exprime vos désirs, vos plaisirs. La lettre E représente la partie extérieure de vous, celle qui est en contact avec l'extérieur : elle agit vis-à-vis des autres qui sont eux aussi représentés sur ce dessin par des ronds concentriques.

– Imaginons que les parents de mon mari soient très gentils avec nous depuis longtemps. Mon beau-père (B.P) meurt, ma belle-mère (B.M) vit difficilement sa solitude. Mon mari et moi-même l'invitons chaque dimanche midi à partager notre repas et à passer l'après-midi. Au bout de 3 mois, et malgré la sympathie que j'ai pour ma belle-mère, j'aimerais prendre un peu de distance. Ce n'est pas facile à dire à mon mari ni à ma belle-mère, et que vont-ils penser de moi qu'ils disent « tellement gentille... ». Il y a comme un divorce entre ma partie I qui ressent le désir de prendre de la distance et ma partie E qui ne parvient pas à le dire, encore moins à agir.

– Ce mercredi après-midi je vais enfin pouvoir me reposer un peu (ou rattraper mon retard de repassage, etc.). Ma belle-sœur arrive en coup de vent et, sans trop me demander mon avis, m'annonce qu'elle me laisse ses enfants pour l'après-midi « parce qu'elle a des courses à faire ». J'aime

bien ma belle-sœur mais ma partie I ressent de la colère car ma partie E n'a pas su lui dire *non* gentiment et fermement. Il y a un divorce entre deux parties de moi.

« Ce divorce entre vous et vous, cette tension qui vous écartèle, *c'est votre anxiété*. Si à longueur de vie, pour être gentille, la partie de vous qui agit (E) méprise ce que ressent I, il est normal qu'au bout d'un certain temps, I cesse d'émettre ces désirs et ces plaisirs que E foule continuellement du pied. I ne vous informe plus sur ce que vous désirez ou pas, sur ce qui vous fait plaisir ou pas : *c'est la maladie du désir et du plaisir, c'est la dépression* ».

C'est ainsi que nous présentons aux patients une *visualisation* symbolique de ce qui se passe en eux et entre eux et les autres (fig. 1.6). La *tâche* (HW : *Homework*, devoir à la maison) que nous leur proposons sera de choisir un changement minimal de comportement – très concret ! – qui leur permettra d'être 1 % plus d'accord avec eux-mêmes, quitte à être 1 % moins d'accord avec les autres. Ils apprennent ainsi à *devenir leur meilleur ami*. La feuille A4 que nous avons dessinée pour eux leur est remise pour être affichée sur leur frigo; sans explication, son symbolisme est incompréhensible pour les autres.

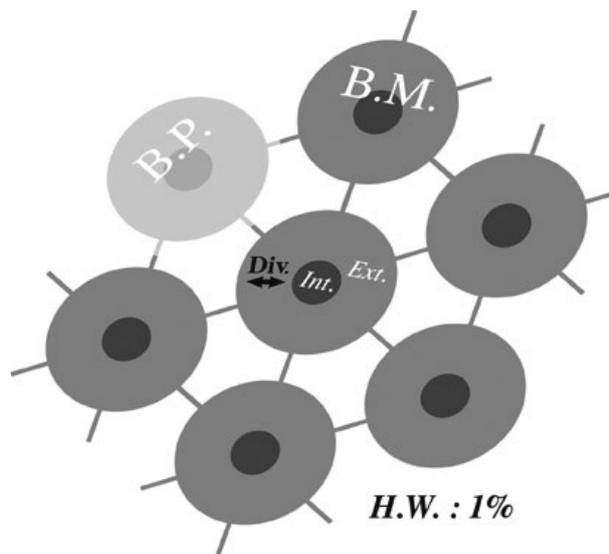


FIG. 1.6. – Les cercles concentriques.

LE PRIX À PAYER

Quand un patient souhaite apprendre à mettre mieux les limites, il y a des avantages et des inconvénients à réaliser ce changement. Comme nous

l'avons déjà dit, on passe d'un gris à un autre gris que l'on choisit parce qu'on le préfère : il y a aussi des avantages à perdre et des inconvénients nouveaux à découvrir!

J'appelle souvent « Mère Thérèse » ces femmes « généreuses » qui font passer les autres avant elles. J'appelle « Abbé Pierre » les hommes qui en font autant. Je loue leur générosité... qui leur coûte si cher puisqu'ils se plaignent et consultent. Je me répands en excuses de n'être pas aussi généreux qu'eux... c'est vrai que je ne me plains pas. Il est vrai aussi que Mère Thérèse et l'Abbé Pierre, à ma connaissance, ne se plaignaient pas des autres.

C'est aussi une sorte de *thérapie occupationnelle* de s'occuper « généreusement » des autres. Tant que je m'occupe des autres, je ne m'occupe pas de moi. D'ailleurs, je n'en ai pas le temps! « *Celui qui veut trouve un moyen, celui qui ne veut pas trouve un prétexte* » (proverbe arabe). Le premier auquel on ment, c'est soi-même...

Il y a quelque chose de la dynamique du maître et de l'esclave dans le jeu que jouent ces personnes. « Comme j'aimerais avoir quelqu'un d'aussi généreux que vous comme conjoint, comme amie, comme secrétaire... Mais l'ennui, c'est que les esclaves, ça tombe malade! La preuve... vous êtes là! ».

Une autre image utile est celle du syndrome d'Atlas : cette personne qui se plaint porte le monde sur ses épaules et s'étonne que ça lui paraisse lourd. Pour un exploiteur, il faut un exploité et une circularité* entre eux : l'exploité renvoie la balle à l'exploiteur, etc. Le manipulateur a besoin d'un manipulé consentant ou inconscient : quand la « victime » prend conscience qu'elle est exploitée, soit elle y consent soit elle change. De son côté du terrain de tennis*, elle peut toujours mettre la balle à gauche.

Pour illustrer *la cage dorée* dont certains profitent, une autre fable de La Fontaine vient à point : le loup et le chien. Un loup bien maigre rencontre un chien bien nourri. Celui-ci l'invite à venir chez son maître où l'on mange à sa faim. Le loup remarque sur le cou du chien les traces d'un collier : ce chien vit attaché. Le loup préfère sa liberté à une gamelle bien remplie... Il faut un certain courage pour renoncer à des avantages affectifs, narcissiques ou financiers pour conserver ou acquérir sa liberté. Cette liberté a donc un prix : le patient est-il prêt à le payer? Il y aura dans son entourage des chantages : « Moi qui croyais que tu étais sympa, que tu étais ma copine, que je pouvais compter sur toi, finalement tu n'es pas mieux que les autres! Ton frère, lui, le fait volontiers! Tandis que toi... Puisque c'est comme ça, ne compte plus sur moi pour... »

Une secrétaire au dévouement sans limites pour son patron fait une dépression au cours de laquelle elle apprend à mieux respecter ses besoins et mettre ses limites. Quelques semaines après la reprise de son travail, son patron lui dit « Vous étiez plus gentille avant! ». Elle répondit, car nous avions anticipé cette

réaction : « J'étais plus gentille et beaucoup plus malade. » Il est important de préparer le patient à répondre aux critiques et autres remarques désagréables pour que son changement soit durable. Le jeu du bras de fer* et celui de l'écharpe à franges* conviennent parfaitement : je ne peux pas empêcher les critiques mais j'ai un éventail de choix de 15 solutions différentes pour y répondre.

Le prix à payer est parfois la rupture – définitive ou non – avec ceux qui disaient être nos amis. La fin de la relation est d'ailleurs l'une des franges du jeu de l'écharpe*... Avec des amis comme ça, on n'a plus besoin d'ennemis ! Chaque changement d'une personne dans un système se répercute sur tout le système. Le patient perdra des amis et s'en fera d'autres plus conformes à l'état d'esprit nouveau qui s'est installé, à sa nouvelle échelle de valeurs.

LE BÉNÉFICE ESCOMPTÉ

Le bénéfice le plus évident est *la cohérence avec soi-même*, la cohérence entre I et E. C'est une marque de *tendresse avec soi-même*, une *façon de devenir son meilleur ami* qui s'installe. Oui, cela s'apprend.

Cette nouvelle façon de faire rend *capable de dire oui quand c'est oui et non quand c'est non*. C'est une mise en pratique de la phrase « Que votre oui soit oui » ou « Celui qui ne sait pas dire non, ne sait pas dire oui ».

Si nos parents – sans doute dans un souci de bien faire – nous ont appris « Ne dis rien, pour que ça aille bien », nous nous rendons compte que les non-dits et les faux-oui n'amènent pas la paix et la sérénité mais bien la violence, les conflits, l'anxiété et la déception. Comme le dit Guy Corneau, « *Victime des autres, bourreau de soi-même* »... Cesser de se mentir à soi-même permet de cesser de mentir aux autres. Personne au monde ne peut nous l'imposer... sauf nous-mêmes !

Suzanne, 70 ans, a élevé sa nombreuse famille dans l'idée de ne pas trop dire ce que l'on pense pour ne pas perturber les autres. Un jour, Olivier, son beau-fils, fait un infarctus pendant ses vacances dans le Midi de la France. En bonne fille, l'épouse d'Olivier téléphone à sa mère chaque semaine pour lui donner des nouvelles.

– « Comment va Olivier ? »

– Très bien, tout va bien »

Quelques mois plus tard, Susanne apprend par hasard qu'Olivier a fait un infarctus pendant les vacances. L'année prochaine, quand sa fille lui dira au téléphone que pour Olivier, tout va bien, cela voudra-t-il dire qu'Olivier a fait un infarctus ou qu'il va bien ?

Une épouse a moins de désir sexuel que son mari et lui dit toujours oui « pour que ça aille bien ». Comment vont évoluer les choses dans la tête, le corps et le cœur de chacun ? *Celui qui ne sait pas dire non ne sait pas dire oui.*

À quoi sert-il de dire oui si cela veut dire non... ? À quoi sert la parole... ? Et quelle tension intérieure pour rester « souriante » comme la Joconde (voir plus loin)...

Il serait bon de pouvoir *se dire* très régulièrement, de ne pas attendre d'avoir accumulé les tensions avant de « vomir une brouette de reproches », pouvoir « lire le quotidien plutôt que le mensuel. »

Pour cela, il faut disposer d'une panoplie d'outils de communication, grands et petits, adaptés à chaque situation : c'est précisément ce qui manque à ces patients, *les armes intermédiaires*. « Soit vous vous taisez, en refoulant votre colère, soit vous hurlez ! Il vous manque les outils intermédiaires entre la matraque et la bombe atomique. En travaillant les situations où vous vous sentez mal « parce que vous ne dites pas assez » et celles où vous vous sentez mal « parce que vous dites trop fort », nous allons développer votre panoplie en la diversifiant afin que vous puissiez, dans chaque situation, utiliser l'outil adéquat ». Sur cette base, nous travaillons les événements concrets de la vie du patient et cherchons à élargir l'éventail de ses choix de réponse, de ses feed-back à l'autre.

OSER ÊTRE MOI : LA JOCONDE ET LE BOUDDHA

Cessez d'être gentil, soyez vrai (d'Asembourg, 2001) : c'est le titre percutant d'un livre consacré à la communication non violente. Il dit bien ce qu'il doit dire des masques grâce auxquels nous tentons d'acheter la reconnaissance, l'appartenance ou un confort immédiat. Ceci se fait au prix d'une violence à soi-même qui débouche tôt ou tard sur une violence vers l'autre. *Le premier responsable de moi, c'est moi !* Il est temps que s'arrête ma plainte qui réclame que les autres s'occupent de moi : on n'est jamais si bien servi que par soi-même. C'est l'une des voies vers une sérénité exempte de violence.

André Comte-Sponville y voit essentiellement une *protection*. Il écrit (2000) « *Ce que les gens disent, le plus souvent, ne sert qu'à les protéger : rationalisations, justifications, dénégations... À quoi bon ? Le silence vaudrait mieux. La parole ne m'intéresse que quand elle est le contraire d'une protection : un risque, une ouverture, un aveu, une confiance... (...) je sais bien que cela n'est pas possible avec n'importe qui, mais les amis, justement, sont ceux avec qui c'est possible, avec qui c'est nécessaire !* ».

Le sourire de la Joconde et le sourire du Bouddha sont deux images affichées dans notre cabinet. Non pour le décorer, mais pour travailler précisément les *masques*.

« Vous voyez, la Joconde est une femme toujours souriante, elle ! En réalité, ce n'est pas une femme, c'est une peinture. Derrière la toile il n'y a rien, de l'air, du vent. Elle a vu survenir les guerres mondiales, des génocides, des famines, des catastrophes naturelles, le sida, la pédophilie et d'autres innombrables drames humains... sans sourciller ! Elle est restée "de toile" ! Tandis que vous, vous êtes une femme, vous vivez des

émotions : vous ne restez pas de marbre et heureusement ! Les humains qui partagent votre vie peuvent découvrir cette sensibilité qui vous caractérise et apprendre à vivre avec la femme que vous êtes et non avec celle qu'ils voudraient que vous soyez ».

Nous tiendrons un discours semblable aux hommes en utilisant le *sourire du Bouddha*. Notre culture cultive l'image résumée dans le slogan *Un Homme, un vrai!* Qui voudrait que les hommes ne pleurent pas, n'aient pas d'émotions, soient « de pierre » en toutes circonstances. Je parle volontiers de moi comme d'une *larve pessimiste et donc sereine* : fragilité, position basse au moins, humilité peut-être. Encore une fois, l'orgueil coûte cher et cela s'apprend ! « *Tout orgueil est ignorance* » (Comte-Sponville, 1995).

Marjorie, 30 ans, est hôtesse de l'air, enceinte pour la première fois. Son mari est pilote et ils travaillent sur la même ligne, le même vol. Marjorie présente une dépression assez sévère et les médicaments antidépresseurs sont contre-indiqués pendant la grossesse. Chaque fois que son mari s'envole vers cette lointaine destination africaine, il pilote une journée, se repose sur place dans un hôtel de luxe avec l'équipage – piscine, palmiers, *farniente* – puis effectue le vol retour. Lui qui est en pleine forme retrouve sa femme plaintive, couchée, inactive. Avec les meilleures intentions du monde, il lui dit « secoue-toi ! Il n'y a qu'à... Tu as tout pour être heureuse ! ». Il attend une femme souriante, en forme pour l'accueillir. Et *la réalité*, ce n'est pas vraiment ça !

Je suggère à Marjorie d'acheter une carte postale de la Joconde et de la punaiser dans le salon. La prochaine fois que son mari se plaindra de son état, elle lui dira : « Si tu veux une femme souriante, va dans le salon, il y en a une extraordinaire ». Je n'ai vu Marjorie que quatre à cinq fois puis j'ai reçu un faire-part de naissance sur lequel elle avait écrit « J'ai pu rapidement retirer la Joconde, mon mari a compris ».

SUIS-JE AIMÉ(E) ?

Revenons à la croyance « Être compris et apprécié *pour être aimé* ». En m'affirmant tel que je suis avec toute l'humilité, la tolérance voire tout l'amour possible, j'apprends progressivement à aimer et être aimé. Quel contenu mettre dans ce *mot-valise* ?

Dans son *Petit traité des grandes vertus* (1995), André Comte-Sponville cite Pavese dans son journal intime : « *Tu seras aimé le jour où tu pourras montrer ta faiblesse sans que l'autre s'en serve pour affirmer sa force* ». Cet amour-là est peut-être le plus rare, le plus précieux, le plus miraculeux.

« *Il faut aimer les gens tels qu'ils sont ou ne pas les aimer* » nous dit Comte-Sponville, philosophe athée qui rejoint ici le prêtre psychanalyste Maurice Bellet qui dit, lui, « *Je t'aime, autrement dit j'apprécie ce que tu es et je ferai tout pour que tu le deviennes davantage*. »

Ces trois phrases de Pavese, Comte-Sponville et Bellet nous servent de base pour travailler avec le patient son lent cheminement d'humain sur la voie d'une sagesse sereine.

LES LIMITES À SOI-MÊME

Il n'y a pas que le regard *des autres* qui nous pousse à nous surpasser, à dépasser nos limites. Il y a *notre regard sur nous-mêmes!* Au nom de quelle valeur allons-nous nous cravacher, être dur et exigeant avec nous-mêmes? Qu'est-ce qui justifie cette tension, cet effort?

Ceci met en lumière la nécessaire réflexion sur nos buts dans la vie. Les actes de ma vie actuelle correspondent-ils à ce que je veux faire de ma vie, à ce qui est le plus juste pour moi? Qu'est-ce que je veux prouver et à qui?

Il y a différentes croyances qui font mal. Nous en avons approché quelques-unes : fonctionner en tout ou rien, fonctionner par obligations plutôt que par choix, ne pas s'occuper de soi en s'occupant des autres, sans limite. Nous en découvrons une autre : ne pas tenir compte de mes propres limites, malgré les mises en garde de mon corps.

Imaginez : je cours sur un chemin de campagne. Soudain je vois apparaître sur ma gauche quelqu'un qui court à côté de moi. Il me ressemble étrangement... Mais, c'est moi! Depuis l'école maternelle, on m'a appris à *me dépasser* : *je/me/dépasse*. C'est dingue, non? Après quoi je cours? Quelle est cette carotte qui fait courir l'âne que je suis et recule au fur et à mesure que j'avance?

UNE MÉTAPHORE...

Un ingénieur de haut vol, sorti d'une grande école, va poursuivre sa formation en suivant un *mastère* aux États-Unis. Là-bas, il fréquente les cercles intellectuels les plus à la mode, suit nombre de séminaires et ateliers : il semble n'être jamais rassasié! Un jour, il entend parler d'un maître oriental « qu'il faut absolument rencontrer ». Après de nombreuses tentatives, il finit par décrocher un rendez-vous. Le maître l'invite alors à s'asseoir, lui propose une tasse de thé que notre homme accepte. Le maître remplit sa tasse puis continue à vider toute la théière dans la petite tasse... qui n'en finit pas de déborder! Après quoi, le maître met fin à l'entretien.

Avons-nous besoin de plus que notre tasse de thé? Notre vie sera-t-elle consacrée à atteindre *l'inaccessible étoile*? Ou sera-t-elle modestement dévouée à placer nos *gros cailloux*?

UNE TÂCHE : LES GROS CAILLOUX

Un sage vient parler en une heure seulement de la « gestion du temps » à une quinzaine de spécialistes triés sur le volet. Il entre dans la pièce et annonce que, vu le peu de temps, il fera une expérience plutôt qu'un long discours. Il sort un vase de son pupitre, puis quelques gros cailloux qu'il place dans ce vase jusqu'à ras bord. Il demande alors au public si son vase est plein et, unanimement, le public confirme que le vase est plein. Le sage sort alors de son pupitre un sac de gravier qu'il vide dans le vase, entre les gros cailloux, jusqu'en haut. Il demande alors si son vase est plein et

l'auditoire cette fois est plus prudent : il y a encore moyen de mettre du sable ! Ce que le sage confirme et réalise *illico*. Il demande alors si son vase est plein et les personnes présentes proposent d'y ajouter de l'eau. Ce que le sage fait, en déclarant que maintenant le vase est bien plein ! Il demande alors à l'assemblée quelle leçon on peut tirer de cette expérience. Et la réponse fuse : puisqu'il s'agit de gestion du temps, cette expérience démontre que quand nous croyons que notre agenda est plein, on peut encore y mettre bien des choses ! « Pas du tout ! » répond le sage. « Cherchez bien ! »... Comme personne ne trouve la bonne réponse, le sage la donne lui-même : « Si je n'avais pas mis *d'abord* les gros cailloux mais plutôt les petits, le sable ou l'eau, je n'aurais pas pu mettre tous mes gros cailloux ! » Savez-vous *quels sont vos gros cailloux, ceux que vous voulez absolument mettre dans votre vie ?* Si vous ne savez pas les énoncer rapidement, il est temps de faire une petite retraite, seul, dans un endroit propice à la réflexion...

Si vous étiez certain de mourir dans un an exactement, à cette date-ci, l'année prochaine, que feriez-vous d'ici-là ? Si la réponse est très différente de ce que vous faites aujourd'hui, avez-vous de bonnes raisons ou de bons prétextes pour ne pas faire ce que vous voulez faire ? Heureux l'homme et la femme qui se choisissent chaque matin. Heureux l'homme et la femme qui choisissent chaque matin ce qu'ils vont faire de leur journée.

Vous imaginez l'usage que l'on peut faire de ces outils, en thérapie, avec les *travillomanes* encore appelés *workaholics*...

Le perfectionniste : je dois être parfait tout de suite et toujours

Le perfectionniste réunit mieux que quiconque les trois croyances précédentes :

- il doit (verbes d'obligations)
- être parfait, toujours et dès maintenant (*tout ou rien*)
- pour être compris, apprécié et aimé (*troisième croyance*).

Cumuler ces croyances représente un grand risque personnel et relationnel : à force de vouloir de l'estime de soi, on en manque ! À chaque occasion, il pourra *craindre à l'avance de ne pas être à la hauteur* et regretter, *a posteriori, de n'avoir pas parfaitement réussi !* Un candidat de taille à l'anxiété et à la dépression...

Le perfectionnisme, c'est l'autoroute :

- vers l'anxiété : serai-je à la hauteur (de ce maximum que j'attends de moi) ?
- vers la dépression : je ne suis pas parfait, je suis décevant.

Le but du travail avec un perfectionniste sera de lui apprendre à évoluer dans les croyances précitées de la façon suivante :

Je dois être	→	je peux apprendre à devenir
parfait	→	satisfaisant, acceptable
toujours	→	le plus souvent possible
immédiatement	→	dès que je pourrai... progressivement!

Nous aurons donc l'occasion avec ce type de patients d'utiliser tous les outils précédents. Nous ajouterons simplement quelques façons de faire spécifiques...

Le thérapeute comme moyen d'apprentissage ?

Comme vous l'avez remarqué, Olivier et moi parlons de nous à nos patients : de nos essais et de nos erreurs, de nos apprentissages et de nos douleurs. Simplement nous parlons du passé, pas du présent. Alors que certaines écoles de thérapie, et non des moindres, excluent ce type de confiance. De nombreux patients disent avoir trouvé là une humanité, une fraternité humaine qui leur avait donné la possibilité d'une identification, le sentiment que « Comme lui (elle), je peux m'en sortir ». C'est un humain que j'ai face à moi, pas un expert infaillible, quasi extraterrestre ou divin...

La « satisfaction »

En Belgique, lorsqu'on proclame les résultats de fin d'année dans les écoles supérieures et à l'université, la coutume veut qu'on le fasse de la façon suivante :

- si vous avez entre 60 et 70 %, on dira que vous avez réussi avec *satisfaction*;
- si vous avez entre 70 et 80 %, on dira que vous avez réussi avec *distinction*;
- si vous avez entre 80 et 90 %, on dira que vous avez mérité la *grande distinction*;
- si vous avez plus de 90 %, on dira que vous avez mérité la *plus grande distinction*.

J'annonce au patient perfectionniste, qui est assis en face de moi, que j'ai réussi mes études de médecine avec seulement une satisfaction. « Vous vous rendez compte ? J'ignorais 40 % de la médecine et ils m'ont quand même donné mon diplôme ! Et depuis lors, ils me laissent travailler comme ça ! Vu vos standards habituels de qualité, vous n'allez pas vous contenter d'un praticien aussi incompetent, aussi imparfait. Je crois que vous avez le

droit d'être soigné par un médecin qui connaît 100 % de la médecine. Ce ne sera pas simple à trouver mais peut-être qu'un professeur d'université aidé d'un ordinateur extrêmement performant devrait s'en approcher... ». Cela fait sourire le patient qui, à mon grand étonnement, accepte de travailler avec une larve comme moi.

Ceci n'est que l'amorce de tout un jeu thérapeutique dans lequel le thérapeute se présente en *position basse**, de non-savoir, de non-pouvoir, mettant ainsi en lumière la position haute du patient... ce qui est assez paradoxal puisque la larve ne se plaint pas alors que le papillon (Icare, le « Je dois être fort »...) va mal... Très utile...

C'est à nouveau le thérapeute qui relativise et montre l'exemple de l'autodérision.

« À votre avis, quand j'entame dix projets, combien vais-je en réussir? ». Les patients les plus optimistes répondent dix : il y en a qui ont la foi ! Je les rassure en disant que ma moyenne tourne autour de trois sur dix : un très bien réussi et deux satisfaisants. Ce qui veut dire que quand j'ai un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept échecs, je trouve ça normal ! J'en connais qui se sont suicidés au second... *C'est là où l'on peut rater un peu que l'on peut réussir beaucoup...*

D'autre part, cette façon de faire introduit la notion de « satisfaction » que nous aimons beaucoup ! Elle est en effet un intermédiaire entre tout et rien, un niveau auquel nous nous estimons satisfaits, ni comblés ni éceürés.

- Mon travail est-il *satisfaisant* ?
- Mon couple est-il *satisfaisant* ?
- Mon sport, ma maison, mon hobby sont-ils *satisfaisants* ?
- Le compromis que j'accepte est-il *satisfaisant* ?

De nombreuses pensées nous y invitent. La liste suivante n'est pas exhaustive :

- À défaut d'avoir ce qu'on aime, il faut aimer ce qu'on a.
- Le bonheur serait-il d'accepter ce qu'on a plutôt que de vouloir toujours plus ?
- Notre souffrance – notre névrose ? – est-elle proportionnelle à l'écart entre ce que nous avons et ce que nous espérons ?
- « *N'attends pas que les événements arrivent comme tu le souhaites ; décide de vouloir ce qui arrive et tu seras heureux.* » (Épictète)

Dans la représentation du changement par « Passer d'un gris à un autre gris qu'on choisit parce qu'on le préfère » se retrouve cette notion de *satisfaction*. Serai-je plus *satisfait* après ce changement ? On revient aux *parties de nous* : la partie satisfaite et la partie insatisfaite. Quelle est la proportion entre elles ? Ce rapport va-t-il évoluer favorablement après le changement ?

Comment devenir parfait en 3 jours ? (Manes, 1991)

DEVENIR CHAMPION EN ERREURS

Une personne aussi parfaite est une vraie championne, sauf en erreurs. Nous allons *utiliser** son désir de perfection et lui apprendre à devenir aussi *championne en erreurs*.

Marine, 36 ans, se présente à la porte du cabinet pour sa première consultation. Arborant son plus charmant sourire, elle me tend la main et me dit « Docteur Doutrelugne ? Enchantée ! ». Marine est superbement habillée et maquillée. Bijoux à tous les étages. Je viens de faire la connaissance d'un masque parfait : tout est dit, je crains le pire. Effectivement, elle m'annonce dix minutes plus tard qu'une dépression majeure ravage sa vie depuis deux ans et demi.

À la trentième minute, je lui demande de bien vouloir enlever une boucle d'oreille. Bien que surprise, elle s'exécute. Elle ajoute « De toute façon, je la remettrai en sortant ». Je lui réponds : « Non, vous la remettrez dans quatre heures. » L'apprentissage des erreurs délibérées commence...

En thérapie brève, dès que les choses sont claires (Est-elle *cliente* ? Quel est le problème... ?), le thérapeute agit tout de suite. Le patient surpris commence une expérience nouvelle, premier pas de son apprentissage spécifique : ici, casser le masque de femme parfaite.

Quelques consultations plus tard, Marine a arrêté de paraître, elle est en jeans et polo, discrètement maquillée : elle a appris quelque chose. Elle a aussi accepté un arrêt de travail pour s'occuper de ses besoins plutôt que de continuer des efforts surhumains.

QUELQUES EXEMPLES D'ERREURS

- Une seule boucle d'oreille.
- Deux chaussettes légèrement différentes.
- Dessiner un grain de beauté sur le visage.
- Mettre trop de sel dans la soupe.
- Mettre un peu de sucre dans la soupe.
- Arriver légèrement en retard.
- Laisser un mégot dans le cendrier sur le comptoir de son magasin.
- Laver ses vitres moins souvent.
- Mal assortir deux vêtements.
- Dire aux enfants que l'on est fatigué.
- Dire aux enfants que l'on fait de plus en plus d'erreurs.
- Faire des petites erreurs de compréhension.

Les patients deviennent vite créatifs quand ils ont compris le jeu...

La mise au lit : contrat en blanc et intervention paradoxale

Nous utilisons dans le traitement de la dépression majeure une « tactique » qui consiste à proposer au patient un choix illusoire : soit un

traitement court, mais assorti d'un *contrat en blanc**, soit un traitement classique plus long. Leur choix est souvent vite fait...

Les perfectionnistes arrivent fréquemment chez nous dans cet état et, à ce titre, bénéficient assez tôt de ce traitement. Il est décrit un peu plus loin au chapitre de la dépression majeure.

QUE RETENIR ?

Quatre croyances, fréquemment présentes dans les troubles anxiodépressifs, sont retenues :

- le tout ou rien;
- les [verbes d'] obligations;
- je dois être compris, apprécié et aimé;
- Je dois être parfait, tout le temps et tout de suite : *le perfectionniste*.

Utilisant la panoplie des outils de la thérapie brève, ces croyances sont travaillées pour élargir l'éventail des choix du patient, lequel adoptera le rythme et la direction du changement qu'il veut réaliser :

- les nuances entre le tout blanc et le tout noir;
- l'homme libre qui choisit et assume ses choix : d'autres possibles, les risques, les échecs et les pertes;
- l'individu et l'appartenance au groupe; les critiques et les compliments; les limites aux enfants et aux adolescents, les limites aux adultes, les limites à soi-même.
- comment travailler avec un perfectionniste?

Bibliographie

D'ANSEMBOURG T. – *Cessez d'être gentil, soyez vrai*. Éditions de l'Homme, Montréal, 2001.

COMTE-SPONVILLE A. – *L'amour la solitude*. Albin Michel, Paris, 2000.

COMTE-SPONVILLE A. – *Petit traité des grandes vertus*. ; PUF Vendôme, Paris, 1995.

EHRHARDT U. – *Les filles sages vont au ciel... les autres où elles veulent*. Calmann-Lévy, 1998.

MANES S. – *Comment devenir parfait en trois jours*. Rageot, Paris, 1991.

PLEUX D. *De l'enfant roi à l'enfant tyran*. Odile Jacob, Paris, 2002.

ROUSTANG F. *La fin de la plainte*. Odile Jacob, Paris, 2000.

2

Schémas thérapeutiques des troubles anxieux : phobies, troubles obsessionnels compulsifs, hypocondries, etc.

Y. Dourelugne



Préliminaires

J'emploie volontiers le simple mot *peur* (plutôt que « troubles anxieux ») parce qu'il est facilement compris par l'homme de la rue et par les enfants. Ceux qui préfèrent le langage psychopathologique – si utile dans d'autres aspects de notre travail – voudront bien m'en excuser.

Cadre de travail

Vivre, c'est risquer. Vivre, c'est perdre.

Vivre, c'est risquer de mourir, par exemple. Certains meurent avant de naître, d'autres au premier jour de leur vie; et nous mourons tous un jour ou l'autre. C'est une de nos rares certitudes... et nous l'oublions si souvent! On ne peut pas vivre sans risquer. Respirer, par exemple, c'est risquer d'inhaler des allergènes, de l'air pollué, etc. Ne pas respirer est encore plus risqué! La vie est forcément parsemée de dangers. La peur est la réaction des animaux et des hommes face à ces dangers.

La gestion du risque, la peur – adéquate ou non au risque considéré – est au cœur de la vie de l'homme. La thérapie soigne les personnes qui n'ont pas encore appris à gérer adéquatement les dangers de l'existence. Ou que celle-ci a blessées durablement bien malgré elles... Comme le dit Aragon : « *Le temps d'apprendre à vivre, il est déjà trop tard...* »

Vivre, c'est perdre. Quand le risque de perdre s'est concrétisé, quand nous avons perdu quelqu'un, quelque chose ou une attente sur l'existence, la tristesse voire la colère grondent. Il faut un certain courage pour préférer une vraie tristesse à une fausse joie. Alors que tant de fausses joies s'offrent à nous pour camoufler notre tristesse. La thérapie, comme la vie, est souvent un travail d'acceptation.

On peut concevoir de réunir en un ensemble la peur, l'estime de soi et la dépression. La peur est la réaction face au risque. La déception, la tristesse et la colère apparaissent quand ce risque potentiel s'est transformé en perte réelle. Et l'estime de soi dépendra largement de la façon dont nous gérerons ces deux types de situations.

La peur est essentiellement anticipative, orientée vers le futur alors que la dépression est consécutive à une perte et donc orientée vers le passé. L'estime de soi ne fera l'objet d'aucun texte spécifique : elle apparaîtra ça et là au cours de la description de la naissance et du traitement d'une peur par exemple. Une petite métaphore quand même :

Un jour, un ami m'a fait participer à une très jolie expérience. Il sortit de sa poche un billet de 50 euros et demanda à notre bande de copains qui voulait ce billet, sans contrepartie. Toutes les personnes présentes le voulaient, à ce prix-là ! Notre ami froissa alors dans sa main ce billet pour n'en faire qu'une petite boulette et demanda qui le voulait encore. Tout le monde le voulait ! Puis il écrasa rageusement cette boulette sous sa chaussure, la ramassa et répéta sa question : tous souhaitaient encore et toujours ce billet ! L'ami dit alors « On vous a souvent froissé, souvent marché dessus : vous avez gardé votre valeur ».

Nous recommandons très vivement la lecture du livre *Impromptus* d'André Comte-Sponville (1996) où l'auteur écrit quatre articles qui concernent particulièrement notre thème :

- Bonjour l'angoisse !
- Le goût de vivre.
- Le suicide.
- Le deuil.

Dans ce chapitre, j'exclus l'angoisse psychotique. N'étant pas psychiatre, j'estime personnellement ne pas avoir la compétence requise pour traiter les patients qui en souffrent. Ceci n'engage que moi.

Comment allons-nous aborder la thérapie des peurs ?

La peur est une émotion, *naturelle*, à l'évidence présente chez les animaux.

Le comportement d'un animal effrayé est visiblement différent de celui d'un animal paisible. Nous ne sommes pas capables de ressentir à sa place l'émotion que peut éprouver un animal. Nous pouvons constater un changement de comportement quand un risque apparaît : cris, agitation, com-

portement agressif ou de fuite, etc. Il y a de grandes similitudes entre le comportement d'un animal et d'un homme effrayés.

Cette peur est *utile* à nous mettre en alerte face au danger, à nous protéger, à nous défendre.

Elle est nécessaire à notre survie. Si je n'avais pas peur de l'eau, de l'orage, de l'électricité et des voitures, il y a longtemps que je serais mort.

Elle nous *motive* également : si je n'avais pas peur de mourir de faim demain, serais-je occupé à travailler aujourd'hui ? Pourquoi les étudiants profitent-ils si peu du généreux soleil du mois de juin ?

Il est donc important de préciser au patient que le but d'une thérapie dans un trouble anxieux n'est pas d'obtenir la peur zéro mais bien la peur adéquate aux risques rencontrés.

Les chercheurs en ergonomie ont montré que si l'on mettait en abscisse la production intellectuelle et en ordonnée le niveau de stress, on peut alors dessiner, pour chacun de nous, une courbe de Gauss. Certains monteront plus haut que d'autres dans la production intellectuelle. Certains démarrent leur activité intellectuelle à un niveau de stress plus bas que d'autres. Ces chercheurs nomment très joliment le sommet de chaque courbe individuelle *point de sérénité*. Il correspond au niveau de stress optimum pour cette personne, c'est-à-dire au stress qui lui permet une activité intellectuelle maximale. *Par extrapolation, le but de notre travail sera donc d'arriver à ce point de sérénité.* Par exemple, une personne qui a peur de l'eau atteindra une peur adéquate au risque que représente l'eau ; le but n'est pas qu'elle n'ait plus du tout peur de l'eau, ce qui lui ferait prendre des risques inconsidérés comparables à ceux que prennent les tout-petits enfants inconscients du danger.

Le cœur a sa raison que la raison ne connaît pas. Une émotion n'est pas forcément apparemment logique ou cartésienne : elle peut paraître déraisonnable, irrationnelle. Une tentative courante pour gérer une peur est de vouloir la raisonner, de vouloir se raisonner. Les patients nous disent « J'essaie de me raisonner mais ça ne marche pas. Et je m'en veux ! »

Un ingénieur qui a peur de passer sous un pont se dira qu'il est sot d'avoir cette peur (dévalorisation de l'estime de soi) puisqu'il sait que ce pont a été construit par des ingénieurs, qu'il voit des autobus passer sur ce pont et ce ne sont pas ses 80 kg qui feront la différence.
S'il s'entête à vouloir passer sur ce pont, dont *logiquement il ne devrait pas avoir peur*, il risque de tomber en syncope : plutôt « faire sauter un fusible » que de vivre une angoisse majeure...

Quand la peur apparaît chez un membre du système, le système s'adapte : ironie, agressivité, persécution, ou, au contraire, empathie, aide concrète, etc.

Une patiente a un jour eu une attaque de panique qu'elle a appelée « malaise ». Par la suite, elle a craint que cela ne recommence... et cela a recommencé. Son mari *très gentiment* a fait les courses à sa place. Mais cette dame a fini par n'être plus bien que chez elle. Puis même chez elle, il lui a fallu de la compagnie pour être sereine. Puis même avec de la compagnie, les angoisses ont repris à la maison...

C'est l'évolution classique de certaines phobies. Dix ans après l'épisode initial, cette personne consulte accompagnée de son mari (devenu son chauffeur) et de sa belle-mère (devenue sa garde-malade à domicile). Ce système familial s'est adapté, avec gentillesse, mais ses tentatives de solutions, nombreuses, au long cours, ont permis au problème de croître et d'embellir. L'adaptation du système donne un résultat immédiat apparemment positif mais inutile au long cours. C'est l'exemple type d'un paradoxe préalable*.

Nous développerons particulièrement la thérapie de la phobie. Le même type de démarche contre-paradoxale peut s'appliquer aux troubles paniques, aux TOC (troubles obsessionnels compulsifs), à l'hypochondrie. Nous en parlerons aussi, plus brièvement.

Nous définirons la phobie de la façon suivante :

- peur de la peur, du malaise;
- peur disproportionnée à son objet;
- tentative de solution : l'évitement. Son résultat immédiat semble positif et renforce l'idée que cette solution est bonne;
- envahissement progressif à d'autres secteurs de la vie du patient. Le champ de vie de la personne est de plus en plus amputé;
- répercussion(s) socialement handicapante(s)²¹.

Manifestations de la peur

Chacune de nos expériences comporte des modalités physiques, émotionnelles et cognitives.

Le patient peut ressentir une modalité préférentiellement : c'est elle qu'il mettra en avant dans la description de sa plainte et c'est en fonction d'elle qu'il consultera plutôt tel ou tel type de thérapeute. Les manifestations physiques l'amèneront chez un médecin somaticien ou un kinésithérapeute. Les manifestations émotionnelles l'amèneront plus volontiers chez un psychiatre ou un psychologue. Les manifestations comportementales le conduiront chez un psychiatre ou dans un service spécialisé (Service d'aide à la jeunesse, tribunal de la jeunesse, services sociaux attachés aux écoles, etc.).

21. Fermer un mois son magasin parce qu'on y a vu une araignée, par exemple...

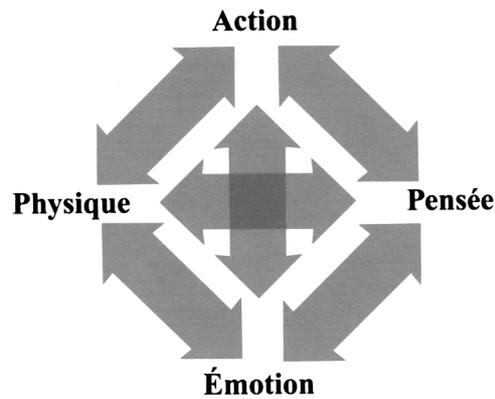


FIG. 2.1. – Les quatre paramètres.

Manifestations physiques

Les manifestations somatiques de l'anxiété aiguë ou chronique sont innombrables. Les symptômes les plus divers s'y retrouvent. Dans les troubles paniques par exemple, les symptômes relevés par Servant et Parquet (2000) étaient :

- palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque (90 %);
- sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement (81 %);
- sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement (70 %);
- transpiration (69 %);
- frissons ou bouffées de chaleur (64 %);
- douleur ou gêne thoracique (62 %);
- peur de mourir (60 %);
- tremblements ou secousses musculaires (58 %);
- peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou (56 %);
- paresthésies (51 %);
- sensations d'étranglement (51 %);
- nausées ou gêne abdominale (40 %);
- déréalisation ou dépersonnalisation (33 %).

Si chacun de nous a un jour ou l'autre éprouvé des symptômes corporels, encore faut-il faire le diagnostic différentiel avec des troubles organi-

ques. Très vite l'anxieux, peu rassuré par des examens médicaux qui ne démontrent pas de cause organique à ses symptômes, répète et répète ces examens, installant ainsi un véritable cercle vicieux où, paradoxalement, sa recherche de réassurance entretient et accroît sa peur.

Quand l'anxiété devient chronique, quasi n'importe quel symptôme peut s'en trouver créé ou aggravé...

Un expert en assurances présente depuis 6 ans des diarrhées rebelles résistantes à de très fortes doses d'un anti-diarrhéique puissant. Son frère médecin a fait réaliser tous les examens nécessaires qui sont tous revenus négatifs. Lors du premier entretien, il décrit son métier comme un métier « de combat ». Il doit estimer les dégâts occasionnés par un sinistre, du point de vue de l'assurance et arriver contradictoirement à un accord avec le propriétaire des lieux en vue du dédommagement.

Un jour, pendant une expertise, il fut pris d'une violente colique suivie d'un besoin impérieux d'aller à la selle. Dans ce « métier de combat », il a estimé que cela ne se faisait pas de demander à son hôte où se trouvaient les toilettes. Vous imaginez comment a pu se dérouler la suite de cet entretien : serrant les fesses, il n'attendait qu'une chose, sortir de là ! Une fois sorti, il se dirigea vers le café le plus proche où il put enfin se soulager. Ouf ! Que cela fait du bien ! Et le voilà qui reprend son véhicule pendant qu'une idée l'assaille : « Pourvu que cela ne revienne pas ! » À force de se répéter cette idée, cet homme *évoquait* répétitivement la possibilité que ce symptôme revienne. Ce qu'il fit, et avec quelle persévérance !

Nous appelons cela un *éléphant rose* :

Si je demande à un groupe d'une quinzaine de personnes de ne pas penser pendant une minute à un éléphant rose, peu vont y arriver. La plupart se diront « À quoi ne dois-je pas penser ? », évoquant du même coup ce qu'ils voulaient éviter. Les rares personnes qui ont réussi ce jeu se sont efforcées de penser à diverses autres choses. Si vous dites à un enfant que vous conduisez la première fois chez le dentiste : « N'aies pas peur, ça ne fait pas mal », vous lui suggérez qu'il pourrait avoir peur et mal, mais que ça ne sera pas le cas. Vous avez évoqué ce que vous vouliez éviter et c'est trop tard ! Et que penser des « Je ne dis pas ça pour t'ennuyer », « Je ne voudrais pas te vexer », « Ce n'est pas que je veuille avoir raison », « je ne dis pas que tu as tort », etc. Watzlawick dit que « l'inconscient n'entend pas les négations ». En tout cas, quand nous évoquons une idée, il est trop tard pour la supprimer...

Ce patient en se disant « Pourvu que cela n'arrive pas » évoque répétitivement l'idée que cela pourrait arriver. Et cela arrive.

Que lui proposeriez-vous d'emblée comme tâche ? Ma proposition a été la suivante : dans chaque maison de client où il pénètre, il demande d'entrée de jeu où sont les toilettes, il s'y rend et y reste trois minutes. Très rapidement, ses diarrhées se sont arrêtées : le cercle vicieux était cassé.

Nous constatons que :

- l'autosuggestion du retour possible du symptôme agit à la façon d'une prophétie autoréalisatrice (effet Rosenthal, effet pygmalion);
- cette autosuggestion est assortie d'une négation : pourvu que cela ne se reproduise pas. Trop tard, l'idée évoquée est celle que l'on voulait éviter : elle est présente et ne peut être effacée. C'est l'éléphant rose si fréquent dans notre langage;
- les patients estiment que « cela ne se fait pas ». Le comportement qui aurait pu les aider, en l'occurrence aller aux toilettes, est disqualifié, jugé inapproprié. On voit poindre « le regard des autres » et tout le travail thérapeutique qui y sera consacré;
- le travail de Cummings sur le *Medical Cost Offset* illustre les bénéfices qui résultent d'une prise en charge psychothérapeutique rapide, là où la médicalisation n'est pas la réponse à la question posée...

Manifestations comportementales

La peur modifie instantanément le *non-verbal* d'un homme : agitation, retrait ou fuite, regard, position de la tête, etc. Ses réactions de crainte peuvent être *dangereuses*, pour lui, comme pour les autres : traverser l'autoroute, se jeter d'un véhicule, perdre le contrôle de sa voiture, etc. L'*inhibition* de l'enfant qui a peur l'isole dans la cour de l'école maternelle : on le dira peu causant, réservé, timide peut-être... Plus âgé, ce retrait sera acquis, rigidifié en un *évitement* perpétuel des situations où il est en contact avec les autres, vécues comme effrayantes. Parfois, c'est l'agressivité qui dominera le tableau²² : les gens qui ont peur s'en prennent volontiers aux autres. C'est une notion utile dans la gestion des conflits.

Les tentatives de solution sont autant d'*actions* que j'inclus dans les comportements des patients anxieux. Pour l'essentiel, on retrouve :

- (m') encourager, (me) sécuriser : ça va aller, il n'y a qu'à;
- être accompagné;
- avoir un objet fétiche;
- avoir un rituel protecteur;
- me renseigner, m'informer : consultations médicales, examens médicaux, lecture de livres et de magazines sur la santé, émissions de radio et de TV, clubs de phobiques;

22. Chacun sait combien les chiens peureux peuvent être agressifs...

– s’adonner corps et âme à une occupation – professionnelle, culturelle, sportive, philanthropique ou autre – pour aider à « ne plus y penser ». Certains l’appellent « thérapie occupationnelle » : ils soignent leur anxiété en s’occupant et disent « Tant que je fais ça, je ne pense pas ». Certains *travailleurs* (*workaholics*) craignent comme la peste les dimanches et les vacances : ils les évitent autant que possible... J’en connais qui pratiquent la thérapie occupationnelle depuis 30 ans et continuent d’aller de plus en plus mal. C’est un peu ce que le philosophe Pascal appelait « le divertissement » ;

– la relaxation, le yoga et le sport qui permettent aussi de se détendre. Cette solution agréable traite le problème en aval et non en amont, laissant se réinstaller l’anxiété en ne faisant que la pallier ;

– l’utilisation courante de molécules « analgésiques de la peur » par les patients anxieux : la nicotine, les médicaments, l’alcool, la nourriture et les drogues plus ou moins dures. Les effets secondaires sont très différents d’une substance à l’autre. Parmi les médicaments par exemple, les antidépresseurs – dont certains sont d’excellents traitements au long cours des troubles anxieux – ne produisent pas de dépendance, au contraire des benzodiazépines.

Les deux types de tentatives de solutions des patients phobiques sont donc :

- la réassurance (par tous les moyens décrits ci-dessus) ;
- l’évitement.

Ils entretiennent le problème, réalisant ainsi le paradoxe préalable. Notre thérapie s’attaquera d’abord à la réassurance, puis à l’évitement.

Là où Nardone parle de recours à l’autre, nous parlons plus largement de réassurance ; à la fin de ce chapitre, le script de quelques minutes de consultation de Sophie, l’assistante sociale, illustre somptueusement ces tentatives de solutions qui aggravent le problème anxieux.

Autres émotions et sentiments associés

Au-delà de la peur, le patient peut ressentir de la tristesse, de la colère, un sentiment d’injustice ou d’impuissance, etc. Nous l’interrogeons pendant l’anamnèse à ce sujet.

Manifestations cognitives

Chaque patient se tient un *discours intérieur* très répétitif et personnel : « Je suis bête, je ne devrais pas avoir peur, je n’en sortirai jamais, je ne suis pas comme les autres, je ne suis pas un homme, je suis un incapable, etc. » Nous interrogeons également le patient sur *ce qu’il se dit* pendant ses crises anxieuses.

JE NE SUIS PAS UN HOMME

Jean, 21 ans, militaire caserné loin de chez lui ne rentre en permission que tous les 15 jours. Ce week-end-là, il rentre très fatigué d'une semaine de manœuvres pendant laquelle il a très peu dormi. Il éprouve, pour la première fois, un trouble de l'érection qui le surprend et le laisse très pensif : « À mon âge ! Est-ce que cela va revenir ? Suis-je impuissant ? ».

C'est évidemment le dernier sujet dont il va parler en rentrant à la caserne... Cette quinzaine-là, ces idées l'obsèdent. Quelques jours avant la permission suivante, il se sent oppressé et éprouve quelques troubles digestifs. Ces symptômes s'aggravent au fur et à mesure qu'il approche de son retour en famille. Dans les bras de sa compagne, c'est pire que tout, il vérifie ce qu'il pensait : « je ne suis pas un homme ». Il se passera encore bien du temps entre ce jour et sa première consultation. Temps pendant lequel ses symptômes physiques, ses tentatives de solutions, ses émotions associées, et son discours intérieur vont s'ancrer de plus en plus. Jean s'est mis à boire, a perdu sa compagne et va d'échec en échec dans ses tentatives pour recréer un couple.

Phobies : schéma thérapeutique

Ce schéma décrit le déroulement « idéal » du travail avec un « phobique », y compris le temps habituellement consacré à chaque étape. Il n'est qu'un schéma, correspond à une moyenne et n'est là que pour donner une idée générale. Chaque thérapie sera aussi individuelle que nos empreintes digitales disait Erickson... !

Comment travailler en pratique

1^{re} consultation : *diagnostic*

- Écouter, questionner, noter.
- Pyramide et pentagone.
- Tâche : pyramide et pentagone, les écrire.

2^e consultation : soit il s'agit d'une *phobie traumatique* et le thérapeute utilisera l'HTSMA (cf. chapitre 5), soit il s'agit d'une *phobie non traumatique* et le thérapeute utilisera la procédure stratégique suivante :

- Recevoir et commenter la tâche : le thérapeute construit sa pyramide et son pentagone « définitifs ».
- *Traitement de la peur anticipative : le pire du pire.*
- Tâche : le faire pendant quelques jours, l'écrire et se revoir sous huitaine.

3^e consultation (courte ?) :

- Recevoir, vérifier et débriefer cette tâche.
- Prescrire la même tâche pour 2 à 3 semaines.

4^e consultation :

- *Si le pire du pire est acquis, passer au travail en situation.*

*Première consultation :
diagnostic – la carte d'identité de la peur chez ce patient*

Le plus souvent, dès le premier entretien, nous allons préciser comment *ce patient-ci* vit sa peur.

CONSTRUCTION DE LA PYRAMIDE DU PATIENT

• **S'il y a plusieurs peurs :**

Il est possible que le patient consulte pour une peur mais qu'à l'anamnèse, il en cite plusieurs : nous aurons une *pyramide à plusieurs peurs*. C'est le cas le plus fréquent.

Nous établissons alors la liste des circonstances qui lui font peur, puis les regroupons par catégories et notons ensuite les exceptions et aggravations qui les concernent.

Nous classons enfin les catégories par ordre de difficulté croissante.

Pyramide à plusieurs peurs décrite par François (fig. 2.2) :

- Peur des araignées.
- Peur de parler en public.
- Peur de conduire sur l'autoroute.
- Peur d'aller seul dans un grand magasin.
- Peur de prendre l'avion.



FIG. 2.2. – Exemple de pyramide à plusieurs peurs.

• **S'il n'y a qu'une peur**

Nous classerons par ordre de difficulté croissante les *modalités* de cette peur.

Pyramide à une seule peur décrite par Michel (fig. 2.3) :

Peur de rouler sur une autoroute :

- que je ne connais pas;
- dans le noir;
- quand il pleut;
- quand il n'y a pas de maison au bord de l'autoroute;
- quand il y a peu de circulation.

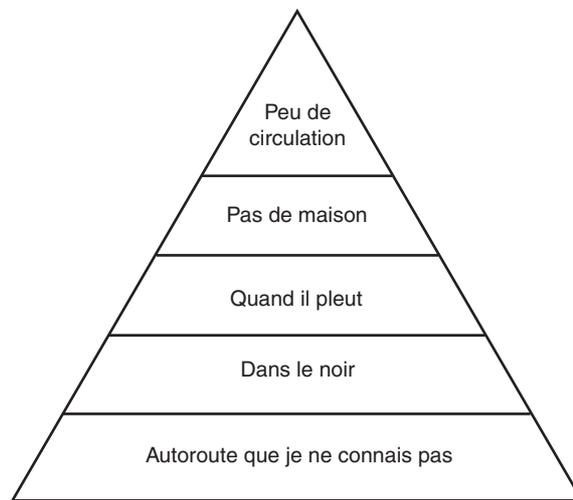
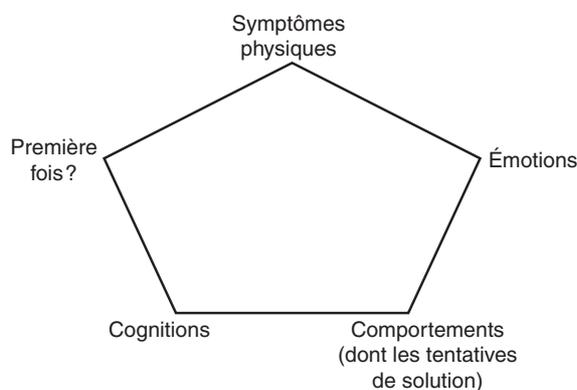


FIG. 2.3. – Exemple de pyramide à une seule peur.

PENTAGONE (FIG. 2.4)

Nous appellerons le « pentagone » :

- les quatre aspects des manifestations de la peur : symptômes physiques, émotions, comportements et cognitions;
- auxquels nous ajoutons la question « Quand cela s'est-il manifesté pour la première fois ? » (ou « Depuis quand ? », ou « Où avez-vous appris cela ? »). Et accessoirement nous lui demanderons ce qu'il pense des causes de son problème, pour connaître ses croyances à ce sujet.

FIG. 2.4. – *Le pentagone.*

Cette anamnèse dure 30 à 60 minutes. Elle se termine par *une tâche* donnée au patient, à effectuer d'ici le prochain rendez-vous. Cette tâche est reprise dans le tableau annexe. J'insiste pour que le patient prenne du temps pour répondre le mieux possible à ces questions et lui propose de reprendre contact pour fixer son prochain rendez-vous quand et seulement quand il aura terminé. Cette procédure standardisée est remise au patient par écrit.

Tâche : pyramide et pentagone

D'ici notre prochain rendez-vous, merci de répondre, par écrit, à ces quelques questions.

1. Établissez la liste complète de toutes les circonstances au cours desquelles vous avez peur.
2. Ajoutez-y les exceptions ou circonstances d'amélioration (ça va mieux quand ceci, ça n'arrive pas quand cela)
3. Classez-les par ordre de difficulté croissante (de la plus petite peur à la plus terrifiante).

Pendant la peur :

1. Que ressentez-vous au niveau de votre corps?
 2. Que vous dites-vous à ce moment-là? Quelles sont vos pensées (à ce moment-là je me dis...)
 3. Quels autres sentiments et émotions s'ajoutent à la peur? (colère, tristesse, injustice, culpabilité, etc.).
 4. Que faites-vous alors pour que cela s'arrête? Qu'avez-vous fait pour que cela ne revienne pas? Détaillez toutes les solutions que vous avez tentées.
 5. À votre avis, quand cela s'est-il passé pour la première fois? Racontez. À votre avis, à quoi est-ce dû? Listez toutes les raisons auxquelles vous pensez.
- Faites ceci le mieux possible si vous souhaitez avancer : de la qualité de ceci dépendra votre travail futur.

Deuxième consultation : travail de la peur par anticipation

RECEVOIR ET UTILISER LA TÂCHE

Nous recevons la tâche écrite par le patient et nous la comparons à ce que nous avons déjà noté lors du premier entretien afin de nous en faire une idée « définitive ».

L'une des informations les plus importantes est l'existence, ou non, d'une « première fois », moment dont le patient dit « Depuis lors, ça a commencé ». Nous parlerons de « phobie traumatique » et l'HTSMA se révélera l'outil de choix pour résoudre rapidement ces problèmes.

L'HTSMA, à laquelle le chapitre 5 de cet ouvrage est entièrement consacré, permet de travailler les troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs compris, à partir :

- de l'événement « traumatique » qui a initié le trouble anxieux ;
- de la croyance négative active dans le trouble anxieux ;
- de l'émotion et de son impact corporel.

Partant de la « procédure EMDR », dont nous disions dans notre premier ouvrage tout l'aspect hypnotique, elle y ajoute de nombreux outils de thérapies brèves et d'hypnose éricksonienne : définition d'objectif, ressources diverses, métaphores, dessin solutionniste, tissage sensoriel, etc. Cette technique, particulièrement rapide et durablement efficace, prend donc toute sa place dans la boîte à outils des thérapies brèves. Pour ce qui est des phobies, les phobies *traumatiques*, c'est-à-dire liées, aux dires des patients, à un événement de leur vie (« Depuis lors, ça ne va plus... ») répondent de façon spectaculaire à l'HTSMA qui est donc un premier choix de traitement pour cette indication. Les TOC, nous le verrons, peuvent aussi être « traumatiques » et bénéficieront alors du même traitement, avec des résultats spectaculaires. Alors que dans son premier livre en 1995, Shapiro disait l'EMDR inefficace dans cette indication...

Muriel, 35 ans, est l'épouse d'un pépiniériste. À 17 ans, un jour qu'elle traverse un bois proche de chez ses parents pour aller retrouver son amoureux, elle fait ce qu'elle appelle « un malaise au milieu du bois ». *Depuis lors*, elle n'ose plus s'éloigner de chez elle et, 18 ans plus tard, retient son mari à la maison ou l'accompagne sur les champs car elle est incapable de rester seule chez elle. Comme elle est incapable de conduire les enfants à l'école, de faire ses courses en ville, etc. Le « depuis lors » nous indique quel sera notre outil de premier choix : l'HTSMA, considérant cette phobie comme « traumatique ».

Dans de nombreux cas, l'origine de la phobie est plus nébuleuse et nous utiliserons alors les outils stratégiques suivants.

POURQUOI TRAITER D'ABORD L'ANTICIPATION ?

La majorité des peurs du patient ont lieu avant sa rencontre avec la circonstance anxiogène.

– Je dois aller chez ma belle-mère qui habite à 200 km ce week-end. Je ne supporte plus de prendre l'autoroute. Toute la semaine j'y pense. À l'approche du week-end, tout s'aggrave : rien qu'à l'idée de devoir y aller, j'en suis malade !

– Lundi, je dois prendre la parole en public : mon département m'a chargé de présenter au comité de direction nos objectifs pour le semestre à venir. C'est le genre de tâche dont j'ai horreur. Nous sommes jeudi, c'est déjà la panique !

Traiter l'anxiété anticipatrice d'abord permet d'aborder ultérieurement *l'exposition* à la situation anxiogène différemment : le patient aura quitté son paradoxe préalable, la réassurance. *Il aura appris à gérer les risques autrement.*

PRINCIPE DU TRAITEMENT

Quel est le paradoxe préalable* ?

Lors de la première consultation, nous avons repéré que ce patient phobique *se rassurait* de différentes façons, ce qui paraît logique : normalement on rassure un anxieux et un anxieux se rassure. Un peu plus loin dans cet ouvrage se trouve le script de 10 minutes d'entretien au cours desquelles une patiente enceinte explique toutes les réassurances qu'elle se donne sans parvenir à se rassurer... Différents intervenants, famille, amis ou soignants lui ont dit : « Fais ceci, fais cela, ça va aller ! ». Or cela fait des mois ou des années que cela ne va pas : l'état anxieux s'aggrave, la consommation de médicaments voire d'alcool ont augmenté.

Faire un *changement un*, comme on l'appelle à Palo Alto, c'est faire *plus de la même chose, alors que cette chose est inefficace* : rassurer le patient différemment. Être thérapeute, dit Erickson, c'est être *une occasion de changement*. Il s'agira donc ici de faire *un changement deux* qui, lui, consistera, au minimum, à arrêter les tentatives de solutions inefficaces, c'est-à-dire à cesser de rassurer le patient. Pour reprendre la métaphore bien connue, c'est cesser de tirer le veau par son collier. Une intervention (contre-) paradoxale tirera le veau par la queue, c'est-à-dire, chez notre patient anxieux, le poussera à avoir davantage peur.

Le patient qui a peur rencontre un thérapeute qui va lui faire peur. Cela donne lieu à ce genre de dialogue un peu surréaliste :

– Patient : Ça va aller, Docteur ?

– Thérapeute : Non, Madame !

– Patient : Quoi ? Qu'est-ce que vous dites ?

– Thérapeute : Si vous souhaitez que je continue à vous rassurer, comme beaucoup d'autres avant moi l'ont fait pendant 10 ans, rien ne va changer. Si par contre, vous pouvez accepter que je ne vous rassure pas, alors ce sera vite fini !

On dirait un sketch de Raymond Devos ! C'est pourtant ainsi que nous travaillons.

TECHNIQUE UTILISÉE : « LE PIRE DU PIRE » (P/P)

Nous allons utiliser la pyramide construite par le patient et, à chaque étage de cette pyramide, nous allons lui demander d'imaginer le pire qu'il puisse arriver, puis encore le pire, puis encore le pire, et ce jusqu'à sa mort !

Ceci demande au thérapeute *d'élargir son catalogue d'horreurs* : la lecture du Manuel d'Épictète peut rapidement l'y aider ! C'est le combat entre *le réalisme*, d'une part et les *contes de fées* d'autre part.

Reprenons l'exemple de François.

Travail sur l'anticipation

Pire n° 1 : Peur des araignées

T : Qu'est-ce qui pourrait se passer de pire si vous rencontriez une araignée ?

P : Que je sois piqué par cette araignée.

T : Qu'est-ce qui pourrait arriver de pire alors que vous avez été piqué par une araignée ?

P : Que le venin de cette araignée déclenche chez moi une crise cardiaque !

T : Qu'est-ce qui pourrait arriver de pire quand vous avez été piqué par une araignée et que vous faites une crise cardiaque ?

P : On appelle une ambulance, on m'amène à la clinique et les choses s'arrangent mais j'aurais eu peur.

T : Non, c'est trop facile d'imaginer ainsi que les choses peuvent tourner bien. Je vous demande ce qui pourrait arriver de pire et non pas ce qui serait le plus gentil à votre égard. Alors, je répète ma question : Qu'est-ce qui pourrait arriver de pire quand vous faites une crise cardiaque suite à la piqûre d'une araignée ?

P : Et bien, alors, je meurs.

Pire n° 2 : Parler en public

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous parlez en public ?

P : Que l'on remarque que j'ai peur.

T : Qu'est-ce qui pourrait se passer de pire si vous parlez en public et qu'on remarque que vous avez peur ?

P : Que je me mette à bafouiller !

T : Qu'est-ce qui pourrait se passer de pire quand vous bafouillez lorsque vous parlez en public ?

P : Je passe pour un con, les gens se foutent de moi, je n'ai plus qu'à m'en aller.

T : C'est bien facile de vous en aller quand vous devez parler en public et que vous avez perdu la face ! Je vous demande ce qui pourrait vous arriver de pire !

P : Oh, de toute façon, si je m'en vais et que je rentre chez moi, je me sentirai terriblement coupable, je m'en voudrai d'avoir été aussi nul.

T : OK, vous avez bafouillé après avoir parlé en public, vous avez dû vous enfuir très peu fier et vous êtes maintenant culpabilisé à l'idée d'avoir été aussi ridicule en cette occasion. Qu'est-ce qui peut alors vous arriver de pire?

P : C'est ça le pire, je suis terrorisé à l'idée que ça m'arrive : il n'y a pas pire que cela!

T : Oh si! Si vous allez de plus en plus mal, j'imagine que vous pourriez faire une dépression par exemple.

P : Oh oui, certainement, me connaissant... C'est toujours pareil quand je me sens si coupable!

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous faites cette dépression?

P : Oh, mais je prendrais des médicaments, j'appellerais le médecin.

T : Les médicaments ne fonctionnent pas, l'hospitalisation ne fonctionne pas, vous êtes enfermé dans un hôpital psychiatrique où même les perfusions de médicaments et les électrochocs ne donnent aucun résultat.

P : Oh, là vous exagérez!

T : Non! Non, Monsieur c'est le pire qui puisse vous arriver que je vous ai proposé d'imaginer, pas le meilleur! Je pourrais même ajouter que les médecins – qui ont tout essayé sans résultat – se désintéressent de vous, que votre conjoint se désintéresse de vous, que vos enfants vous abandonnent! Comment supporteriez-vous d'être ainsi réduit à l'état de *légume dans la cour d'un hôpital psychiatrique, abandonné de tous?*

P : Oh, je pense que je me laisserais mourir.

Pire n° 3 : Peur de conduire sur l'autoroute

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous conduisez sur l'autoroute?

P : Je panique et je perds le contrôle de mon véhicule.

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous paniquez et que vous perdez le contrôle de votre véhicule?

P : Je provoque un accident.

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand, après avoir paniqué, vous avez provoqué un accident sur l'autoroute?

P : Ah! On pourrait imaginer que ce soit moi qui meure, ou que l'un de mes passagers meure, ou que quelqu'un dans une autre voiture impliquée dans l'accident décède, je ne sais pas ce qui serait le pire...

T : Choisissez : qu'est-ce qui serait à votre avis le plus terrible pour vous, de survivre en ayant causé la mort de quelqu'un ou d'être décédé dans l'accident?

P : Je crois que le pire serait que j'ai été responsable de la mort de quelqu'un. Je m'en voudrais toujours!

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire si vous avez causé la mort de quelqu'un après avoir paniqué en conduisant sur l'autoroute et que vous vous en vouliez toujours?

P : Le sentiment de culpabilité va me ronger et je me connais, ça va envahir toute ma vie. Je pense que je pourrais fort bien recommencer à déprimer.

T : OK, vous êtes dépressif, culpabilisé après avoir causé la mort d'une ou plusieurs personnes sur l'autoroute lors d'une de vos paniques, vous vous en voulez terriblement, qu'est-ce qui peut alors vous arriver de pire ?

P : Oh! Et bien, je crois alors que ce serait comme dans le cas précédent : les médicaments inefficaces, l'hospitalisation inefficace, l'hôpital psychiatrique inefficace, être abandonné de tous et soit me laisser mourir, soit peut-être me suicider si c'est trop terrible.

Pire n° 4 : Peur d'aller seul dans un grand magasin

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous entrez seul dans un grand magasin ?

P : Que je fasse un malaise.

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire quand vous faites un malaise dans un grand magasin ?

P : Que tout le monde le remarque et que je passe vraiment pour ridicule aux yeux des gens, par exemple. Je vous dis ça parce que j'y ai déjà assisté. Que je fasse une syncope et qu'au cours de cette syncope – peut-être épileptique – je perde mes urines. Je serais terriblement gêné.

T : OK, vous avez fait un malaise avec syncope et perte d'urine dans un grand magasin où vous étiez seul, qu'est-ce qui peut à ce moment-là vous arriver de pire ?

P : Oh! (le patient rit) je sais bien que de toute façon le personnel va appeler une ambulance et que quelques minutes après, je serai en clinique où je serai soigné.

T : Il me semble que vous êtes bien gentil avec vous! Ce n'est pas la pire hypothèse telle que je vous l'ai demandée que vous suggérez là! Imaginons que votre ambulancier ait bu et qu'après avoir fait un accident sur la route, le médecin à la clinique se trompe de piqûre, parce que lui-même n'est pas dans son état normal, que se passe-t-il alors de pire ?

P : Et bien, je meurs.

Pire n° 5 : Peur de l'avion

T : Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire si vous preniez l'avion ?

P : Ah! J'aurais peur déjà depuis plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Je vais en être malade ce jour-là. Je vais probablement prendre des tranquillisants ou boire un verre ou deux avant d'arriver à l'aéroport pour me calmer et de toute façon, je vais me sentir très mal!

T : OK, mais que pourrait-il vous arriver de pire une fois que vous êtes dans l'avion ?

P : Bien sûr, je pourrais – comme dans le grand magasin – faire un malaise, perdre mes urines, etc. Ce serait déjà pas mal, mais le pire ce serait sans doute que l'on traverse, par exemple, une zone de turbulences voire que l'avion ait des difficultés, un moteur en feu ou autre chose.

T : OK, imaginons que votre avion traverse des turbulences et qu'un moteur s'enflamme, qu'est-ce qui peut alors vous arriver de pire ?

P : Je crois que je vais péter les plombs !

T : Mais, précisément, concrètement, comment allez-vous péter les plombs ?

P : Oh ! Je ne sais pas, je n'ai jamais imaginé si loin, vous savez. Moi, rien qu'à l'idée de penser à prendre un avion, je préfère ne pas y penser.

T : Mais justement, pensons-y. J'aimerais aller plus loin dans cette idée, apparemment, si terrifiante pour vous : qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire si l'avion avait un problème mécanique, par exemple, le feu à un de ses moteurs ?

P : Oh ! Je vais probablement faire une crise de nerfs, puis perdre connaissance et sans doute ne plus me réveiller. Je serai mort encore une fois.

Nous avons donc demandé au patient les pires choses qui pourraient arriver concernant ses cinq peurs, de la plus légère à la plus terrifiante.

Trois écueils sont à éviter :

– arrêter le pire du pire avant d'avoir obtenu la mort du patient. C'est une caractéristique des phobiques : ils ont imaginé un certain nombre de conséquences sans aller jusqu'au bout, sans envisager leur mort. Ils se sont arrêtés à mi-chemin et le risque qu'ils envisagent leur paraît déjà maximum : « Ne nous parlez surtout pas de cela ! » Parfois ils disent : « Je n'ai pas imaginé si loin ». Le thérapeute va aider le patient à imaginer des situations de plus en plus horribles : *le patient doit absolument arriver à imaginer le stade où il se laisse mourir ou se suicider*²³. Nombre d'échecs de thérapeutes qui commencent à apprendre cette méthode viennent de cet écueil-ci ;

– laisser le patient en cours de route proposer des solutions. L'ambulance va venir le chercher, les médicaments vont le guérir, sa dépression va prendre fin comme la précédente, etc. Comme c'est le pire que nous lui demandons d'envisager, *il faut couper les solutions*. L'ambulance a un accident, le médecin a bu et se trompe de médicament, cette dépression s'aggrave continuellement, etc. ;

– si une bonne-maman a peur de garder sa petite fille de crainte qu'il lui arrive quelque chose en l'absence des parents, le Pire du Pire consistera à imaginer le pire pour le bébé, la réaction horrifiée des parents, et le pire pour la bonne-maman *jusqu'à sa mort à elle*. *Le pire du pire concerne la bonne-maman, pas les parents ni la petite fille. C'est la bonne-maman qui a peur, c'est jusqu'à sa mort que nous imaginerons.*

23. Les puristes diront avec raison qu'arriver à ce stade de souffrance, le patient ne peut qu'être soulagé par sa mort. Nous verrons l'usage que nous faisons de ces morts imaginaires successives.

À plusieurs reprises, la situation est à ce point cocasse ou absurde que le patient rit. Le thérapeute note ces rires à l'étape où ils surviennent. Le pince-sans-rire que je suis leur fait d'ailleurs remarquer que ce n'est pas de bon ton de rire quand nous évoquons ces situations effrayantes dans leurs pires versions...

Demande de feed-back

Après avoir terminé les cinq « pire du pire » correspondant aux cinq peurs de ce patient, le thérapeute va commenter et lui demander ses *feed-back*.

« Vous êtes tombé aujourd'hui sur un thérapeute cinglé qui, au lieu de vous rassurer, n'a cessé de vous faire envisager les pires hypothèses qui pourraient survenir pour chacune de vos peurs. Dans chaque cas, cela s'est terminé par votre mort. *Quelle peur ressentez-vous ici, maintenant? Vous n'avez pas l'air très anxieux... Quel pourcentage de la pire peur que vous ayez ressentie à l'avance à la maison, ressentez-vous ici maintenant?* »

L'écrasante majorité des patients éprouve une peur très minime, de l'ordre de 0 à 15 % de la peur générée anticipativement en tentant de se rassurer. Quelques-uns ont un *feed-back* de l'ordre de 15 à 50 %. Un seul m'a annoncé 90 % : j'en parlerai un peu plus loin.

Utilisation paradoxale du feed-back

« C'est curieux, depuis des années, en vous rassurant face à ces risques vous êtes parvenu à vous faire durablement très peur. Aujourd'hui un cinglé ne vous rassure pas du tout, il vous emmène au pire du pire de chacune de vos peurs et curieusement cela se passe bien!

Est-ce qu'il suffirait de vous rassurer pour que ça aille mal? Est-ce qu'il suffirait de vous faire peur pour que cela aille bien? »

Prescription de tâche

Ce que je vais vous demander comme tâche aujourd'hui c'est de vous entraîner, pendant quelques jours, à gérer vos peurs en vous faisant peur plutôt qu'en vous rassurant. Je suppose que vous aurez bien des « peurs à l'avance » dans les jours prochains?

À chaque fois, vous allez envisager, comme nous l'avons fait ici, le pire, d'étape en étape, et ce jusqu'à votre mort. Je vous demanderai de ne vous autoriser aucune solution : c'est le pire que je demande! Et je vous demanderai également de poursuivre à chaque fois jusqu'à votre mort. Dernière consigne : merci de m'écrire ces différents moments sur une feuille que vous garderez sur vous à votre disposition et que vous me rapporterez dans quelques jours. Nous nous reverrons en effet très rapidement.

Commentaires

Ce que le patient a vécu, c'est une expérience qui lui appartient désormais et qu'il ne peut plus nier. Le thérapeute peut expliquer après mais pas avant, au risque de générer une discussion préalable qui ruinerait l'expérience à vivre...

Parfois, je discute avec le patient de la métaphore suivante : « C'est comme s'il y avait deux parties en vous... une optimiste qui dit "Ça va aller, ça va aller, ça va aller!" et l'autre qui a peur.

Vous avez pendant des années, et des tas de gens bienveillants avec vous, été les alliés de la partie optimiste, ce qui a fait hurler la partie craintive. Aujourd'hui vous rencontrez un type bizarre qui vous fait « voir les choses en noir » totalement, qui vous emmène « au fond du trou », qui ne vous permet aucune solution, aucune échappatoire... et par moments ça vous fait rire! J'ai été l'allié de la partie la plus pessimiste de vous et j'ai fait hurler la partie optimiste de vous! C'est un vrai paradoxe!

Une patiente me disait à sa façon : il y a deux parties en moi, l'ange et le démon. Quand j'appelle l'ange, j'ai le démon. Quand j'appelle le démon, c'est l'ange qui apparaît.

Vous étiez un incorrigible optimiste (cela étonne toujours le patient...) prompt à vous rassurer.

Je vais donc vous apprendre le pessimisme : vous pourrez ainsi gérer les risques bien réels de la vie de façon plus sereine. Mon totem pourrait être "larve pessimiste et donc sereine". »

UN PIRE DU PIRE QUI FAIT PEUR...

Un patient, Dominique, 38 ans, psychologue dans une institution de placement pour jeunes en difficulté, me consulte pour une phobie d'impulsion. Il connaissait son diagnostic, c'était son métier. Son épouse et lui semblaient avoir beaucoup de principes et s'y tenir scrupuleusement. Cette année-là, Dominique est allé voir plusieurs fois une prostituée. Ce fut le début d'une longue période anxieuse : « Le préservatif avait-il tenu le coup? N'était-il pas séropositif? » Il mit des mois avant d'oser faire un test du sida et connaître la réponse à sa question : il n'était pas séropositif. Entre-temps, il avait continué une vie sexuelle de couple, ce qui avait largement nourri ses craintes et sa culpabilité. *In fine*, il en a parlé à son épouse, ce qui n'était pas forcément sa meilleure idée cette année-là. À cette première crainte succéda celle d'uriner dans son lit pendant la nuit... Une troisième crainte remplaça la deuxième : sa fille aînée devenait pubère, n'allait-il pas « lui sauter dessus », lui qui s'occupait de tant d'enfants abusés dans son institution...? Sa quatrième, très actuelle, était la suivante : lors d'une réunion d'équipe, il tomba en arrêt sur les lèvres d'un de ses collègues : « N'est-ce pas sur lui qu'il allait sauter? Était-il homosexuel? »

Jamais il n'était passé à l'acte : il avait toujours peur à l'avance de passer à l'acte. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une phobie : il s'agit cependant bien d'une peur anticipatrice. Je décidais donc d'appliquer le « pire du pire » à ses

quatre peurs. Son visage devint de plus en plus vert au fur et à mesure que nous progressions dans cet exercice. Devant la tournure étonnante que prenait l'événement, moi aussi je me sentais mal !

Alors que je lui demandais son *feed-back* en pourcentage, il me répondit « 90 % ». Il avait été vraiment très secoué par ce voyage imaginaire dans les pires conséquences de ses tourments. Timidement, je lui répondis : « Suffirait-il de vous faire peur pour que vous gagniez 10 % ? » et lui proposais la tâche habituelle.

Lors de la consultation suivante, il m'a dit « Quand je suis sorti de chez vous, j'étais fou ! Mais depuis ça va beaucoup mieux ! » Et le travail se poursuivit plus paisiblement.

Pour la petite histoire et concernant son identité sexuelle, je lui donnais une tâche. Je revenais alors d'une croisière de plongée en Mer Rouge et lui demandais d'aller voir à la bibliothèque municipale à quels signes on pouvait reconnaître le sexe des dauphins. Il fit les recherches nécessaires et m'apporta la réponse. Après avoir lu un livre sur Erickson quelques années plus tard, il me fit savoir qu'il comprenait maintenant pourquoi je lui avais donné cette tâche...

VARIANTE ET AUTRES SOLUTIONS

– Quand le patient exprime sa peur, le thérapeute peut lui demander « Et alors ? » et répéter cette question après chaque réponse reçue. Cette variante très simple, nous l'appelons le pire du pire « light »...

– La technique dite *du poing serré** (ou *clenched fist*) est également utilisable : elle fait préciser au patient la ressource qui lui serait utile pour résoudre son problème, recherche une situation passée où cette ressource était présente et l'ancre pour l'amener au présent et même dans une projection dans le futur. Le patient peut alors *se voir guéri* muni de cette ressource. Issue de l'hypnose thérapeutique, cette technique a donné naissance à de nombreuses variantes.

– La *métaphore du camion poubelle* est décrite par Araoz dans les anticipations anxieuses de la vie sexuelle. Il s'agit de faire écrire au patient son monologue intérieur, le lui redire en lui faisant varier l'intensité des émotions, puis lui faire imaginer que ces « cassettes » qu'il se répète, il peut les transporter dans une décharge d'immondices, y mettre le feu jusqu'à destruction totale et revenir chez lui libéré. Cette longue visualisation se fait habituellement en hypnose. Là aussi, les variantes sont nombreuses.

– Une autre solution est décrite parmi les exemples d'interventions paradoxales dans notre premier livre, dans les vignettes cliniques intitulées « Frédéric transpire trop » et « Après le coma de Carine ». De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'augmenter les symptômes corporels, les cognitions et les émotions du patient *au présent*. Ceci ne travaille plus l'anticipation mais ce que le patient vit *pendant la consultation*. Si nous avons la chance d'avoir l'un ou plusieurs de ces éléments (symptômes corporels, cognitions anxieuses et émotions) pendant la consultation, il est aisé de suggérer leur augmentation, leur aggravation. Lorsque le patient décrit le déroulement de sa crise anxieuse *et que le paradoxe préalable est clair*, l'interven-

tion paradoxale, proche du pire du pire, suggérera donc cette crise de façon à la faire apparaître, puis l'augmenter progressivement jusqu'à... son arrêt spontané! Le patient vit alors une *expérience* remarquablement étonnante : là où il cherchait le contrôle du symptôme pour arrêter la crise, c'est paradoxalement son augmentation qui y met fin! Provoquer une crise de spasmodophilie, par exemple, et découvrir qu'en l'augmentant elle s'arrête, cela permet à la patiente de se rendre compte que des mois de traitement visant à réduire les crises ont permis au problème de croître et embellir alors que provoquer et augmenter la crise l'arrête. À refaire chaque jour à la maison à titre de tâche...

Troisième consultation

Le travail décrit ci-dessus est généralement réalisé au cours du deuxième entretien. Le troisième rendez-vous est pris très rapidement, au maximum 8 jours plus tard.

Lors de ce troisième entretien, le thérapeute s'enquiert de la tâche réalisée.

L'intérêt d'avoir fait écrire le patient est triple :

– a-t-il bien compris la tâche? Certains patients recommencent une pyramide... Il faut leur expliquer à nouveau;

– quand la tâche a été bien faite, ce qui est le cas neuf fois sur dix, c'est l'occasion de discuter leur vécu;

– le fait d'écrire rend cette tâche plus concrète aux yeux du patient et du thérapeute. Elle a également l'avantage de mettre le patient en position de *reporter* plutôt que d'acteur. Cette dissociation concourt à son apaisement.

Cette troisième séance est souvent courte : elle se conclut par une nouvelle prescription de la même tâche à répéter pendant plusieurs semaines.

À la quatrième séance, cette façon de gérer les risques est devenue routinière. Le patient a désappris une façon de faire angoissante, douloureuse. Il a appris une nouvelle façon de faire plus sereine.

Travail en situation : l'exposition

PRÉALABLE

Quand le patient a appris à avoir beaucoup moins de « peurs à l'avance », nous pourrions entamer la deuxième partie du traitement : le travail en situation.

Lui qui utilisait l'évitement va être *exposé*, confronté de façon très progressive, aux situations qu'il redoutait. Il va les aborder en « pire du pire », lequel doit donc être acquis avant d'entamer cette deuxième phase. C'est une différence de taille entre notre façon de procéder et celle des thérapies comportementales et cognitives. Celles-ci feront réaliser cette exposition d'abord en imagination précédée de relaxation (on continue de rassurer), puis en situation.

UN EXEMPLE DE NOTRE FAÇON DE FAIRE

Une pré-retraîtée souffre de troubles anxieux depuis plus de 10 ans, pendant lesquels elle a triplé sa dose de tranquillisants. Après avoir précisé le « diagnostic » de son trouble, et traité sa peur anticipatrice par un « pire du pire », elle confie se trouver mieux, ses angoisses ont diminué, sa consommation médicamenteuse également.

Elle ajoute « Mais j'ai parfois encore un petit serrement là », indiquant sa poitrine. Et elle poursuit : « Dans 8 jours, c'est le mariage de ma fille ». Et je lui réponds « Peut-être ne serez-vous plus là pour le mariage de votre fille... » Et elle me répond : « C'est vrai, je ne serai peut-être plus là pour le mariage de ma fille ». Cette femme a acquis « un pessimisme serein ».

PRINCIPES

• **Progressivité**

Le patient « phobique » fonctionne en *tout ou rien* : s'il ne sait pas faire, il ne fait pas. Après des années d'évitement, l'apprentissage – comme tout apprentissage – sera progressif.

J'utilise une métaphore : celle de l'allergie aux poils de chat. Être allergique, c'est être hypersensible à une substance. Le « phobique » est hypersensible à certaines situations, à certains risques. L'allergologue va procéder à une *désensibilisation* aux poils de chat. Il va injecter des quantités extrêmement faibles d'une solution de poil de chat diluée 250 000 fois. À chaque injection, parce que la personne est allergique, elle va réagir un tout petit peu. Les doses injectées vont être augmentées très progressivement, de semaine en semaine, ce qui permet au patient allergique de se désensibiliser progressivement aux poils de chat.

La lente progression de l'exposition au produit sensibilisant permet au patient de se désensibiliser.

Pour que la désensibilisation aux poils de chat puisse être efficace, il faut écarter le « chat entier ». Généralement, l'allergique le confie à une personne de confiance pendant un an ou deux. Si d'aventure elle souhaite revoir son petit chat, avant que sa désensibilisation soit réussie, le contact avec ce « chat entier » va la replonger immédiatement dans une crise allergique. Elle n'est pas encore capable de cela.

Pour aborder cette exposition à la situation angoissante, nous demandons avec insistance au patient de ne pas s'y exposer brutalement : il n'est pas prêt. Passer outre cette précaution lui permet de retourner au tout ou rien : « C'était tellement terrible, je ne veux plus affronter ça ! »

• « **Trouillomètre** » : ne pas pousser

Je propose au patient d'évaluer son anxiété sur une échelle de 0 à 10 que nous allons appeler « trouillomètre ». Dès que commence le travail en situation, je demande à combien le patient se situe actuellement sur l'échelle et quel chiffre il ne veut absolument pas atteindre.

Je lui promets de la façon la plus solennelle que nous n'atteindrons pas ce chiffre parce que je ne suis pas là pour lui faire peur ou pour le tromper.

À tout moment, d'une façon qui devient vite ennuyeuse, je demande où en est le « trouillomètre ». Le patient se sent suivi et, de cette façon, sécurisé.

• Freiner

Le pousser, c'est augmenter sa peur. Respecter son « trouillomètre », c'est la diminuer. Le freiner, c'est lui apprendre à être doux avec lui-même et à avoir envie d'aller de l'avant. Pousse-moi, je freine. Freine-moi, je pousse.

PRATIQUE

Le clown en action ou comment faire un travail sérieux en s'amusant...*

Erickson a largement exploité la surprise, l'humour et la confusion pour dépotentialiser le cerveau rationnel : c'est un outil très commun en hypnothérapie. Je l'utilise volontiers au cours de mes entretiens, pour la même raison, et sans qu'il soit question d'hypnose formelle ou « déclarée ». Le patient « phobique » par exemple a répété des centaines de fois le même scénario de peur et d'évitement. Le côté répétitif de ce comportement semble le renforcer. Il paraît monolithique et c'est aussi sa faiblesse. Le rituel, une fois ébréché, déraile. *L'humour, la confusion et la surprise font partie intégrale de la thérapie.* L'utilisation du nez de clown n'en est qu'un aspect.

En pratique, le patient va être confronté à ses situations angoissantes après avoir reçu les quelques explications préalables dont nous venons de parler et après avoir étalonné son « trouillomètre ». Voici quelques exemples de travail en situation.

• Peur d'aller dans un grand magasin

Cette patiente a rendez-vous à 18 heures; c'est l'hiver, il fait noir. Sa trouille en sortant du cabinet est de 2 sur une échelle de 10. Le niveau qu'elle ne veut pas atteindre est de 8 sur 10. Arrivée sur le parking du grand magasin, le « trouillomètre » est à 4. Elle me demande de ne rien acheter : les « phobiques » ont peur d'être bloqués à la caisse. Je lui récite son pire du pire à tout moment et vérifie son « trouillomètre » très fréquemment. Ce pire du pire a maintenant l'air absurde et elle rit de ces exagérations, qu'elle a elle-même créées. Comme tout se passe bien, je lui propose de monter à l'étage. Je lui fais imaginer les pires choses qu'il puisse lui arriver et son « trouillomètre » reste toujours bas. Au rayon des chemises, elle trouve un article particulièrement beau et bon marché. Elle va, me dit-elle, revenir avec son mari pour le lui acheter. Cela faisait des années qu'elle n'était plus venue dans un grand magasin, même accompagnée. Nous descendons au rez-de-chaussée et je lui demande si je peux acheter un peu de nourriture pour mon repas du soir. Elle me l'accorde très volontiers, nous faisons la file à la caisse et le « trouillomètre » n'a toujours pas bougé. Suite favorable.

• Phobie des ascenseurs

Ce professeur d'économie souffre d'une « phobie multiple » qui va nous amener dans différents endroits. Un ascenseur dessert les sept étages de l'immeuble où je consulte.

Plutôt que d'aborder directement l'ascenseur, je lui propose de s'enfermer avec moi dans les toilettes, lesquelles n'ont pas de fenêtre. Nous entrons dans cette petite pièce, lumière allumée en vérifiant le « trouillomètre ». Je demande alors à cet homme de bien vouloir fermer la porte... qu'il ouvre deux secondes plus tard, paniqué mais pas trop. Cette scène fermeture – ouverture se répète une dizaine de fois. Enfin il parvient à rester enfermé dans les toilettes avec moi, serrure non fermée. Puis il parvient à fermer la porte à clef et un peu plus tard, il ose éteindre et laisser la lumière éteinte. Pendant tout ce temps, je lui répète son pire du pire : le bâtiment s'écroule, il est enseveli sous le béton, ne meurt pas directement mais manque d'air de plus en plus dramatiquement. Bien sûr, je suis tombé sur lui et lui « pompe l'air » à chaque respiration. Après cette quinzaine de minutes passées dans les toilettes, nous nous sommes dirigés vers l'ascenseur où le même scénario s'est répété : hésitations multiples pour laisser la porte fermée, puis porte fermée avec lumière éteinte, puis passage au premier étage et retour au rez-de-chaussée. Cette exposition très progressive, très respectueuse du « trouillomètre », nous a pris une heure. Suite favorable.

Ce même professeur emmène ses étudiants chaque année dans une ville située à 50 km de là. N'osant pas prendre le train avec eux, il prétend devoir faire un petit détour afin de pouvoir utiliser sa voiture. Il a cette même peur avec évitement pour le métro, l'autobus, etc. Mon cabinet est situé à proximité d'une bouche de métro bruxelloise : cette station est creusée très profondément dans le sol. Nous y pénétrons en tenant toujours notre « trouillomètre » à l'œil et après avoir franchi une dizaine de mètres, le pire du pire se remet en marche : un avion s'écrase, la bombe d'un terroriste vient d'exploser, bref le plafond s'est effondré, le voilà de nouveau à court d'haleine, moi au-dessus de lui, « lui pompant l'air ». Tout se passe bien : nous nous laissons entraîner par un profond escalator jusqu'au cœur de cette station. Sur le quai, il y a peu de monde et les passages de rames sont peu fréquents. Le patient est persuadé qu'il va prendre la première rame venue. Quand elle se présente, il hésite et finalement ne la prend pas. Il est mal à l'aise de ne pas avoir fait ce qu'il croyait que j'attendais de lui. Je lui rappelle qu'il a tout son temps et qu'il ne doit pas compter sur moi pour le houspiller. Le quai est maintenant quasi désert et je sors de ma poche un nez de clown que je pose sur mon visage. Je me promène sur le quai à la rencontre des personnes qui arrivent progressivement. Je les aborde avec un grand sourire et les sourcils très haut levés. Quelques minutes plus tard, j'offre à ce professeur d'économie son nez de clown... il ne lui reste plus qu'à l'enfiler. Nous voilà deux à regarder dans les yeux les navetteurs sur le quai. Il utilise son temps d'attente à apprendre à croiser le regard des autres. Par deux fois, une nouvelle rame apparaît. Par deux fois, il hésite et ne la prend pas. Il souhaite attendre la quatrième rame : je la lui refuse estimant qu'il a déjà beaucoup travaillé aujourd'hui. Pendant tout ce temps, je lui récite son pire du pire comme une litanie : une explosion, le bâtiment qui s'écroule, lui opprimé, moi lui pompant l'air, il va bientôt mourir, il meurt...

• Peur dans le métro

Jacqueline, 36 ans, a eu une attaque de panique dans le métro : elle appelle ça « avoir eu un malaise ». Les jours suivants, elle n'ose plus reprendre ce métro de crainte de reproduire le même malaise au même endroit. C'est ennuyeux car ce métro la conduit à son travail : changer de moyen de locomotion lui cause de gros soucis. Pyramide à une peur, pentagone, pire du pire, « trouillomètre »... et nous voilà dans les couloirs du métro de la ligne où elle a eu son malaise. Le « trouillomètre » monte : quand nous approchons du chiffre qu'elle ne veut pas atteindre, nous nous arrêtons et *reculons* de trois pas²⁴. Nous attendons que son « trouillomètre » se normalise. Quand c'est le cas, au lieu d'avancer nous attendons encore trois minutes²⁵ « à ma santé ! »

Jacqueline est impatiente de continuer : *dès que* le « trouillomètre » fait mine de remonter, nous nous arrêtons et reculons de trois pas. Avertie de cette façon de faire, Jacqueline n'a plus besoin d'avoir peur, elle ne sera pas poussée. Suite favorable.

• Peur de sortir d'une ville, prendre la route ou l'autoroute

Anaïs, 35 ans, a bénéficié d'un traitement de thérapie comportementale et cognitive, parce qu'elle présentait des phobies nombreuses. Elle y a beaucoup gagné : il ne lui reste plus qu'une peur gênante. Cette jeune maman de trois enfants n'ose plus sortir en voiture, même comme passagère, de la petite ville de Tournai où elle habite. Pyramide à une peur, pentagone, pire du pire, « trouillomètre »... et nous voilà dans ma voiture ! Ma proposition la prend de court : la surprise la laisse sans réaction. Je lui demande de choisir entre trois villes situées à 30 km : Lille, Courtrai ou Ath. Elle choisit Courtrai et m'annonce... qu'elle ne saura pas sortir de Tournai. Surveillant son « trouillomètre », je lui annonce que nous allons rouler lentement, que je n'ai aucune idée si nous arriverons à Courtrai ou pas *et que ça n'a pas d'importance*. Et surtout, au moindre symptôme, si le « trouillomètre » monte un peu, nous allons nous arrêter sur la bande d'arrêt d'urgence. Le « trouillomètre » ne va pas monter alors qu'Anaïs s'étonne de voir les kilomètres passer ! Je la bombarde comme d'habitude des pires conséquences qu'elle puisse imaginer et d'autres, bien pires encore, que j'imagine à sa place ! À l'entrée de Courtrai, où elle est parvenue sans aucune crainte à son grand étonnement, nous faisons demi-tour et je lui propose une tâche : elle va répéter cette expérience avec son mari ou une amie en respectant scrupuleusement les consignes que je m'étais moi-même données : rouler lentement, sans devoir arriver au but et, plutôt que de se forcer à continuer au premier symptôme, *s'arrêter* à ce moment, attendre que ça passe et y rester encore trois minutes « à ma santé ».

Anaïs décode ainsi comment elle et son système familial interagissent habituellement. Elle *croit* qu'elle *doit arriver* à l'objectif. Elle *croit* que lorsque survient le premier signe d'angoisse, elle ne peut pas en faire état – elle passerait pour une emmerdeuse – et encore moins s'arrêter. Elle se force à continuer, ce qui accroît immédiatement et exponentiellement son mal-être. Avec un peu d'entraînement, elle apprend à gérer autrement cette situation.

24. Rationnellement, c'est ridicule ; symboliquement c'est important.

25. Freiner pour qu'elle avance encore mieux.

• Peur de l'eau

La première personne à évoquer cette peur est une kinésithérapeute de 45 ans, Florence, qui avait suivi une formation en hypnothérapie. Dans quelques semaines, elle part en Thaïlande avec son mari et aimerait pouvoir nager, ce qu'elle ne fait plus depuis longtemps. Elle me fait observer que pendant ses études de kinésithérapeute, elle a passé plusieurs examens de natation. Elle demande tout naturellement d'être aidée par hypnose. Contrairement à son souhait, je lui propose de nous donner rendez-vous à la piscine la fois prochaine. Surprise, elle accepte. Nous nous retrouvons dans le bassin des enfants, peu profond, assis côte à côte sur la plus haute marche. Préalables, « trouillomètre » et nous voilà prêts à descendre dans l'eau. Elle me dit que, bien sûr, elle n'a pas peur de si peu d'eau. J'insiste très sérieusement pour que nous traversions ce petit fond, assis par terre, et en contrôlant le « trouillomètre ». Comme tout se passe bien, nous accédons à la partie la moins profonde du bassin des adultes. Nous avons de l'eau jusqu'à la taille. Je lui explique que quand on tombe par-dessus bord en mer, il y a des tas de raisons de mourir : l'hypothermie, la fatigue, l'angoisse²⁶, etc. Et que la seule chose que je peux lui apprendre c'est à gérer ce risque sereinement. Je ne peux rien contre l'hypothermie ou la fatigue par exemple. Je lui demande alors ce qu'elle pourrait faire pour survivre dans de telles conditions. Nous convenons rapidement qu'à défaut de pouvoir rejoindre une côte ou un bateau à la nage, attendre les secours en flottant ne serait déjà pas si mal. « Sais-tu faire la planche ? » « Non, je crois que je vais couler ! » Je fais la planche devant elle. Je fais aussi le « petit chinois ». Dans ces deux positions, le corps flotte soit horizontalement soit verticalement. Dans une eau non salée, comme celle d'une piscine, pour flotter, il faut gonfler ses poumons à fond. Ce à quoi j'ai entraîné Florence pendant 30 à 40 minutes. Je lui demande de sortir de l'eau, et lui propose de venir me voir à 3 m. Là, je fais la planche, le chinois et, ce qu'on appelle en plongée « le poumon ballast ». Cette dernière technique montre comment régler son immersion en proportion directe du remplissage de ses poumons. Florence m'avoua que, même à l'école de kinésithérapie, on ne lui avait jamais dit qu'il fallait gonfler ses poumons à fond. La consigne lui fut donnée de continuer cet apprentissage une ou deux fois par semaine avant son départ. Quelques semaines plus tard, je reçus une carte postale de Thaïlande : Florence profitait des plaisirs de la mer.

Quelques remarques :

– je n'ai jamais été plus de trois fois à la piscine avec le même patient, la plupart n'ont besoin que d'une seule séance ;

– je n'apprends pas à nager à ces patients, je les confie à un maître nageur qui saura respecter leur progressivité sans brutalité : la ligne droite n'est pas toujours le chemin le plus court ;

26. En plongée sous-marine, chaque année on retrouve des plongeurs morts au fond avec une bouteille à moitié pleine. Dans la plupart des cas, s'ils n'avaient pas paniqué, ils seraient toujours vivants.

– une demi-heure de piscine au milieu d’une journée de travail est toujours bienvenue. Encore une fois, faire du travail sérieux en s’amusant, pourquoi pas ?

• Peur des araignées

Philippe, 10 ans, voudrait bien suivre son père lors de ses sorties spéléo. Il raconte que son grand frère Thomas accompagne régulièrement son papa alors que lui a peur des araignées. Celles-ci abondent dans les premiers mètres à l’orifice des trous qu’ils explorent. que lui proposer ? pyramide, pentagone, pire du Pire, « trouillomètre » : si l’on veut être progressif, il faut proposer à Philippe des représentations d’araignées : dessins, photos, films, araignées en plastique de taille croissante, avant de passer à des araignées mortes de taille croissante, puis à des araignées bien vivantes. Tout cela avec notre vieille habitude d’exagérer les risques encourus tels qu’il les a lui-même décrits lors de son Pire du Pire ou au gré de l’imagination fantaisiste de son thérapeute, « à la Farrelly ! ».

Les tâches qui lui sont attribuées sont, par exemple, aller en classe avec une petite – moyenne – ou grosse araignée en plastique dans sa poche, ensuite, que papa mette une araignée vivante dans une bouteille vide d’eau minérale à 10 m, 8 m, 6 m, 4 m de distance, etc. Puis ouvrir cette bouteille à 10 m, 8 m, etc.

Les schémas thérapeutiques des phobies peuvent être résumés comme dans la figure 2.5.

Troubles obsessionnels compulsifs

Ici encore, l’anamnèse retrouvera – ou non – un trauma de départ. Si ce trauma est évident, son travail en HTSMA sera à la fois rapide et efficace.

Joëlle, 42 ans, présente un TOC avec rituel de lavage des mains qui l’exaspère, elle, mais aussi ses filles. Elle en fait une critique rationnelle qui ne fait qu’aggraver son autodévalorisation... Ce TOC est apparu suite à une visite chez sa gynécologue pour une échographie de contrôle durant sa dernière grossesse. Elle était allongée sur la table, contemplant les images qui défilaient, quand la gynécologue lui dit : « Votre bébé est mort dans votre ventre ». Et Joëlle, qui jusque-là regardait tranquillement l’écran de l’appareil, dit qu’elle s’est alors sentie sale et que c’est les jours suivants qu’elle a commencé à se laver et se relaver les mains... Trois séances d’HTSMA plus tard, elle était libérée de son symptôme et elle retrouva spontanément l’estime d’elle-même dont elle avait bien besoin pour mener sa vie à cette époque !

Pour les *TOC non traumatiques*, d’autres outils existent. Giorgio Nardone les a clairement codifiés. Il s’agit d’outils classiques* mais présentés dans une perspective très pragmatique, stratégique voire « technologique » comme il aime à le dire ! Dans son livre *Peur, panique, phobie* (L’esprit du temps, Bordeaux, 2003), il décrit (pages 119 et suivantes) une stratégie de travail avec les TOC.

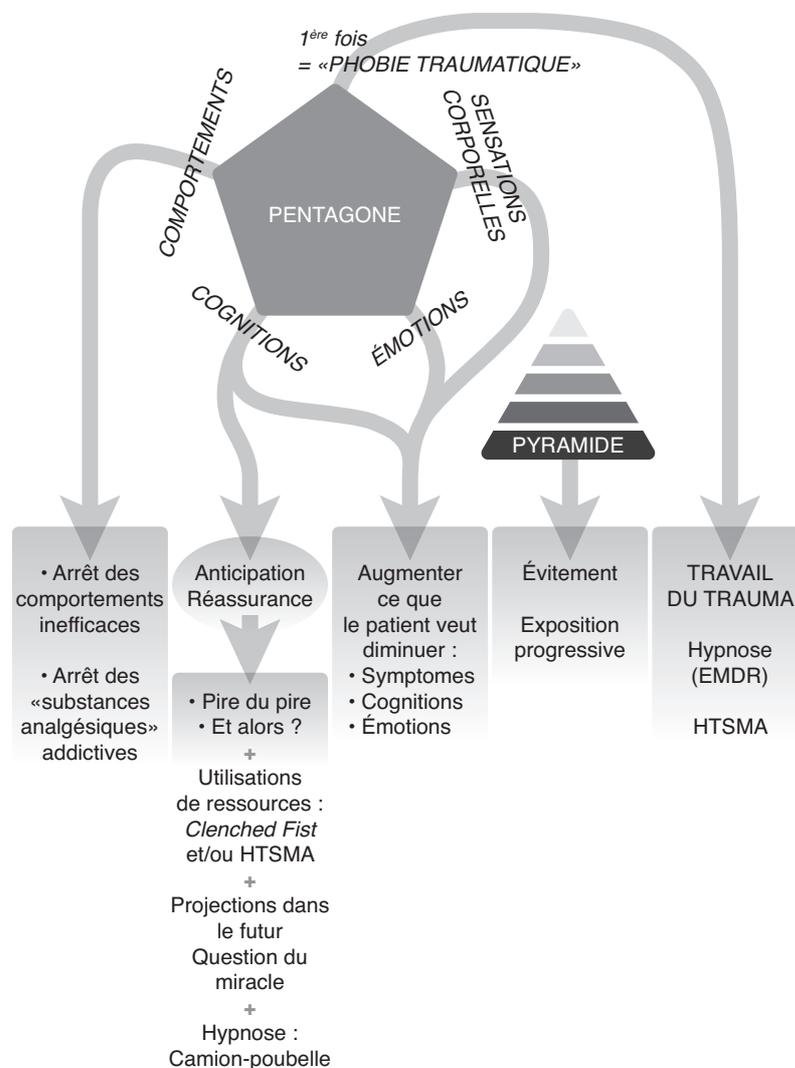


FIG. 2.5. – Schéma récapitulatif du traitement des phobies.

Dans un style très directif, nécessaire avec ce type de patients au discours très embrouillé, il propose :

- l’acceptation du ou des symptômes présentés ;
- la recherche de sens évidents aux symptômes et donc leur sauvegarde en raison de leur rôle utile ;

- la recherche également d’au moins un sens caché;
- sans permettre de question ni demande d’explication, « de faire son rituel dix fois, pas plus, pas moins... ou de ne pas le faire ». ce faisant, il *utilise* la rigidité obsessionnelle tout en lui proposant une issue;
- la prescription du symptôme de différentes façons. D’abord en le créant délibérément une demi-heure par jour, puis six fois cinq minutes, toujours à heures fixes. Autour de ces quelques prescriptions centrales, il ajoute quelques prescriptions accessoires : prescription de la rechute, rite de passage, etc.

Chez des thérapeutes rompus aux thérapies brèves et au langage hypnotique, ce protocole donne des résultats rapides et durables.

Hypochondrie

L’hypochondriaque est un anxieux qui se plaint, de séance en séance, de symptômes corporels divers et répétés. Il s’inquiète de ces symptômes mais aussi de son ignorance du diagnostic à l’origine de ses maux : ce qu’il ressent est peut-être grave!

Pour se rassurer, il va donc consulter et reconsulter : le médecin s’est peut-être trompé, l’examen réalisé est peut-être passé à côté d’une lésion bien réelle, depuis cet examen les choses se sont peut-être dégradées, etc. La réassurance est à nouveau la tentative de solution qui entretient le problème, la solution devient le problème. Quand un soignant tente de le dissuader de poursuivre cette quête, la peur est souvent la plus forte et le patient quitte ce soignant pour poursuivre son *shopping médical*.

À partir de suppositions diverses (c’est peut-être à cause des crevettes que j’ai mangées hier), il met en place des évitements aussi multiples qu’inefficaces qui lui pourrissent la vie de plus en plus, restreignant progressivement son espace de vie... (Je ne vais plus manger de crevettes, voire de crustacés, etc.). Il pratique donc ici aussi *l’évitement*.

Si le patient présente l’un ou l’autre symptôme au cours de l’entretien – ou si les évoquer les fait apparaître – le thérapeute peut très calmement lui proposer de s’absorber sur le premier symptôme qui se présente et, potentiomètre à l’appui, d’augmenter l’intensité de ce symptôme de 100 à 102, 105, 109 %... Et quand arrive le deuxième symptôme, idem. Et de même pour le troisième... Le patient éprouve de plus en plus de mal à être absorbé sur trois symptômes à la fois, tout en les augmentant chacun pour leur compte...

Le thérapeute insistera aussi sur notre ignorance des diagnostics graves qui pourraient expliquer ces symptômes, notre ignorance des causes et sur leurs pronostics péjoratifs... Assez vite le patient lâche le premier symptôme, puis le second, pendant qu’il développe le quatrième et le cinquième symptôme. À la fin, il est incapable d’éprouver encore les symptômes que

le thérapeute lui demande d'augmenter. C'est alors qu'avec un discret humour je lâche « Ça fait peut-être votre affaire mais ça ne fait pas la mienne ! Moi je vous demande d'augmenter... ». Ceci peut faire l'objet d'une *hypnose paradoxale* où toutes les richesses du langage hypnotique seront utilisées.

Ce que le patient apprend de cette expérience correctrice émotionnelle c'est, encore une fois et comme dans nos précédentes interventions paradoxales*, que là où depuis toujours il s'efforce de diminuer, cela augmente. Alors qu'ici, quand ce thérapeute (fou !) lui demande d'augmenter ses symptômes, ils disparaissent. Ce qui donne lieu à sa tâche suivante : refaire à la maison ce que nous avons fait ensemble...

Parfois le patient annonce que l'évocation de ces symptômes va le casser au sortir de la consultation.

Christelle a au moins 25 ans d'hypochondrie derrière elle. Lors de la première séance, pendant que nous parlons de ses symptômes, elle m'annonce « qu'elle va faire un trip » tout à l'heure en sortant du cabinet médical, c'est-à-dire qu'elle va se répéter toutes ces horribles maladies dont nous avons parlé et en être malade... Je lui demande quelle en sera la durée : elle l'ignore. Je lui prescris donc de faire « ce trip » et de noter scrupuleusement toutes les idées dans l'ordre de leur arrivée. Puis, quelle que soit la durée de ce premier trip (5 minutes, une heure, trois heures...), de le faire délibérément une deuxième fois. Et je conclus par « Nous en parlerons la fois prochaine... »

L'entourage – le conjoint au premier chef – a souvent un rôle actif dans ce scénario répétitif. Il est souvent utile de l'associer à ce travail puisque c'est un jeu interactionnel que nous venons modifier.

Anxiété : la tentative de solution qui aggrave le problème (script)

Sophie est une assistante sociale. Militante pour la légalisation de l'avortement en Belgique, elle a attendu 10 ans sa première grossesse : il a fallu un traitement homéopathique pour que le sperme²⁷ de son mari²⁸ redevienne de bonne qualité. Dix ans de traitements antibiotiques n'y étaient pas parvenus ! Sophie a bénéficié d'une fécondation *in vitro* pour ses deux grossesses. Lors de sa première grossesse, un fibrome a été découvert et la surveillance de ce fibrome a cristallisé les angoisses de Sophie. La grossesse s'est finalement bien passée. Le texte

27. Continuellement infecté, ce qui se mesurerait par le nombre de globules blancs : celui-ci est passé de 21000 à 1500/mm³ en 10 jours ! À partir de là, il a pu être utilisé pour la fécondation *in vitro*.

28. Son mari était porteur d'une prostatite chronique.

que nous reproduisons ici est extrait d'une consultation à la cinquième semaine de sa deuxième grossesse. Il illustre l'inutilité et même la nocivité des essais répétés afin de rassurer Sophie : dans ce type de situations, ils entretiennent paradoxalement le problème qu'ils sont censés résoudre !

Fabian, né de la première grossesse, a maintenant 2 ans et demi et est en parfaite santé. Nous n'avons pas reçu Sophie pour des problèmes anxieux en dehors de ses grossesses.

– Patiente :

C'est invivable ! Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'étais vraiment toute contente. Puis de HCG²⁹ en HCG³⁰, c'était l'angoisse ! Chaque fois que j'avais le résultat, j'étais contente. Et puis au bout d'une heure, c'était foutu... C'était foutu ! C'était arrêté ! Et il fallait que je refasse une prise de sang pour me le confirmer...

J'y réfléchissais en venant, c'est vraiment un manque de confiance en moi !

(...)

... Il exprime beaucoup de choses en dormant cet enfant... Alors je me réveille, Jacques pas, évidemment ! Alors c'est : « Pourvu que ce deuxième bébé soit bien ! Qu'il soit normal ! Pourvu que la grossesse ne soit pas arrêtée... » Plus mon boulot, bien entendu, mais ça c'est encore accessoire !

Je suis de nouveau partie dans un trip qui est in-vi-vable ! D'ailleurs mes deux migraines ophtalmiques, ce n'est pas par hasard... Je ne suis pas complètement conne ! Ce matin, je me suis réveillée avec un bouton de fièvre : ce ne sont que des angoisses !

Alors j'ai peur, je me dis « À la longue, qu'est-ce que ces angoisses vont finir par faire³¹ ? Je vais peut-être perdre ce bébé ? » Je n'en sais rien, moi. Je suis complètement paniquée !

La semaine passée, j'ai vu le médecin et je lui ai dit « Alors, quoi ? » Et il m'a dit « Mais c'est bon ! » À l'échographie, il l'a déjà vu ! Enfin, c'est une tête d'épingle ! Nous on ne le voit pas, mais lui bien... Je me suis dit que si les prises de sang continuent à être bonnes, continuent à monter, c'est que ça va ! Mais vendredi je dois retourner au labo pour la prise de sang : tu vois dans quel état je suis ! Après, ça va être quoi ? D'échographie en échographie, je vais paniquer ! Par rapport à ma première grossesse, j'ai l'impression que c'est pire. Jacques dit que c'est la même chose. Il me dit « Si ça continue comme ça, je m'en vais pendant huit mois ! ».

Ce n'est pas une solution, évidemment !

On va passer d'échographie en échographie... Chaque fois que je ne le sentirai pas bouger, je vais courir à la clinique pour être sûre qu'on entende encore le cœur qui bat... Enfin, bon ! Et il y en a encore pour sept mois et même un peu

29. *Human Gonadotrophin Chorionic*, hormone dosée en début de grossesse : elle permet d'en établir le diagnostic et d'en suivre l'évolution débutante.

30. Sophie fait faire une prise de sang dans la clinique où elle travaille *tous les 2 jours* !

31. L'angoisse crée des symptômes physiques qui alimentent l'angoisse.

plus... Ça va être infernal... Alors que c'est merveilleux, que je suis heureuse, que c'est ça que je voulais... Pourquoi est-ce que j'ai peur? Parce que j'ai peur, j'ai peur que ça n'aille pas!

Alors que je pars avec un *a priori* positif sur toutes les choses et à tous les niveaux...! Je pars toujours quelque part perdante *mais en me disant qu'il y a toujours une bonne étoile*. Je me dis «Tu as tout pour être heureuse, tu as un boulot génial, un fils extraordinaire. Tu gagnes bien ta vie, Jacques aussi. Vous vous entendez bien à travers tout ce que vous avez vécu depuis presque 16 ans. Fabian va avoir un petit frère ou une petite sœur...» Merde, quoi! Pourquoi est-ce que je suis comme ça?

Et les migraines ophtalmiques, c'est invivable... Au-delà du fait que c'est des angoisses – je veux bien les travailler – mais c'est invivable... Et en plus, je panique à ces moments-là!

J'ai peur qu'il soit mongolien, on a discuté de la ponction...

Pourquoi je n'ai pas le droit, moi, d'être bien!

Alors maman qui me dit «Sois gentille avec ton fœtus!».

Papa qui dit «Mais enfin détends-toi! Il sent tout!» Je dis «Oui, je sais bien...»

Lundi, j'étais vraiment bien. J'avais décidé de ne pas travailler l'après-midi, parce que je me ménage quand même un petit peu. J'avais laissé Fabian chez la gardienne. Je suis rentrée, il y avait du soleil, je me suis dit «Je vais me mettre trois quarts d'heure au soleil, j'adore ça.» Puis, en montant l'escalier : clac! Je vois de nouveau une demi-porte-fenêtre : je me dis «C'est pas vrai! De nouveau une migraine ophtalmique!» C'est dingue!

(...)

J'ai toujours le recours de courir à la clinique et de demander à un toubib que je connais «Est-ce que tu ne veux pas regarder³² si le cœur bat?» On le voit aujourd'hui si on le voit vendredi... Mais, bon, je me retiens en me disant «Sophie, tout va bien! Même si tu crois que tout va mal, tout va bien!³³ Tiens-toi à ce qu'on te dit, fais comme tout le monde!

Mais non! Moi je me dis que ça ne va pas!»

Quand je fais ma prise de sang le matin, par exemple demain : je vais faire ma prise de sang et jusqu'au résultat le midi – parce que j'ai les résultats très vite – je me dis que c'est foutu!

Et alors je suis dans un état quand j'attends le résultat...! Puis, je suis rassurée et je me dis – c'est dingue tu sais – : «La prise de sang, je l'ai faite ce matin. Peut-être que depuis ce matin c'est quand même foutu!» Puis, je me dis : «Non, Sophie, arrête de déconner...!».

32. Sophie va bénéficier de la première échographie de cette grossesse ce vendredi.

33. Superbe illustration de ce monologue intérieur entre deux «parties» de la patiente – l'optimiste et la pessimiste. Nous travaillerons avec ces deux parties dans «le pire du pire».

Ou alors, je tâte tout le temps ma poitrine, qui commence maintenant un peu à réagir. Mais, au stade où j'en suis, c'est comme si 24 heures, pour moi, ça durait un mois!³⁴

Ce matin je me suis dit : « Il y a huit jours que tu commences à sentir quelque chose, comment veux-tu avoir une poitrine comme si tu allais nourrir ? » Enfin, bon ! Alors quand je ne sens plus... C'est comme quand j'ai fait mon épisode de migraine ophtalmique : je crois que, tellement j'ai mal – enfin tellement *je suis* mal, moi, par rapport à cette migraine – du coup je ne sens plus ma poitrine. Je me dis « Ça y est, c'est foutu ! » Puis, je me détends, l'épisode aigu de la migraine s'en va... et, comme par hasard, mes symptômes reviennent !

– Thérapeute :

Les symptômes reviennent ?

– Patiente :

Un petit peu de douleur dans la poitrine, des nausées le matin... Mais alors si je n'ai pas ça, c'est l'angoisse ! *Il me faut toujours quelque chose qui me rassure*³⁵. Je ne sais pas me dire moi-même « Rassure-toi, tout va bien ! Tu es quelqu'un de chouette, tu n'as pas de raison que ça n'aille pas ! Tu es en bonne santé, tu te nourris bien. »

Plus Sophie se rassure :

– par son monologue intérieur « Tout va bien » ;

– par ses dosages hormonaux ;

– et bientôt par ses échographies ;

plus elle entretient et aggrave son anxiété.

Sa tentative de solution est son problème !

34. Cette distorsion du temps est un « phénomène hypnotique » : elle montre combien Sophie est plongée dans son monde intérieur anxieux, nous parlons *d'auto-hypnose négative* – dissociée de son environnement. C'est le cas de nombreuses perturbations émotionnelles (anxiété, tristesse, colère, état amoureux) ou physiques (douleurs, acouphènes, etc.).

35. Limpide.

QUE RETENIR ?

Ce chapitre décrit une méthodologie thérapeutique simple et efficace pour aborder les patients anxieux. Elle décrit un schéma d'intervention pour les phobies.

La première consultation cerne « la carte d'identité » de la peur chez ce patient : la tâche donnée renforce la précision des informations. Un point de départ assimilable à un traumatisme nous orientera vers la notion de *phobie traumatique* : l'HTSMA, réunissant des outils de thérapie stratégique, d'hypnothérapie et des mouvements alternatifs, sera alors l'outil de choix.

La seconde consultation, pour les phobies « non traumatiques », travaillera la peur par anticipation par une intervention paradoxale appelée « pire du pire ». La tâche donnée sera de refaire ce pire du pire le plus souvent possible et en l'écrivant.

La crise de panique et son cortège de symptômes peuvent être travaillés, par une intervention paradoxale d'accroissement, dans le réel au cours de la consultation.

La troisième consultation permet de vérifier la tâche accomplie et de la prescrire à nouveau pour une période plus longue.

La quatrième consultation permet au patient, une fois l'anticipation traitée, de s'exposer en situation, accompagné – ou non – par le thérapeute. Une série de vignettes cliniques illustre cette façon de faire.

Le traitement des *troubles obsessionnels compulsifs, patients hypochondriaques et attaques de panique* – traumatiques ou non – répondent à un schéma de traitement stratégique semblable.

Bibliographie

3

Hypnose et thérapie stratégique de la dépression majeure

D. Megglé, Y. Doutrelugne



Il y a des choses dont nous sommes conscients, d'autre pas. C'est ainsi qu'Erickson définissait très simplement conscient et inconscient. Dans une vision stratégique de la thérapie, l'accent peut être mis sur l'abord conscient ou inconscient du travail. Nous avons choisi de développer ensemble les deux aspects de cette stratégie, l'utilisation de l'hypnose pouvant être formelle (déclarée, nommée, etc.) ou pas. Quand un thérapeute « bref » utilise l'hypnose, le conscient et l'inconscient du patient participeront ensemble à un même cheminement vers un même objectif. Comme les deux moteurs d'un biracteur le poussent ensemble vers sa destination...

Étapes de la thérapie hypnotique du patient déprimé³⁶

(par D. Megglé)

Le déprimé est en transe

Le sujet déprimé présente toutes les caractéristiques de l'état hypnotique, mais d'un état hypnotique douloureux. Il est absorbé en lui-même. Dans les formes plus légères de dépression, on parvient encore à retenir son attention et le faire sourire par instants. Il est en même temps ici et ailleurs, dans son monde intérieur pénible. C'est une *hypnose légère – moyenne*. Au maximum, dans la mélancolie, son ici est ailleurs, dans l'univers délirant de la terreur et de la culpabilité. C'est une *hypnose profonde*.

36. Le lecteur trouvera un développement complet de cette approche thérapeutique nouvelle de la dépression dans : Megglé D. *La Dépression, comment l'éviter et comment s'en sortir*, Presses de la Renaissance, Paris, 2002. De cet ouvrage ont été tirés quelques extraits pour contribuer, entre autres, à ce chapitre, avec l'aimable autorisation des Presses de la Renaissance.

Le sujet déprimé produit toutes sortes de phénomènes hypnotiques, mais toujours fixés dans le même sens, pénible. Ainsi, il revit sans cesse son passé, et de celui-ci, il ne revit que le négatif (blessures, abandons, pertes ou humiliations). Il utilise ce passé sélectif comme référence pour ses décisions dans la vie. L'avenir est imaginé ou halluciné négativement : il n'existe plus, ou, au mieux, ne peut être que le siège de nouveaux malheurs. Le temps vécu du déprimé est ralenti, sa souffrance interminable. Il a oublié ses réussites du passé et quand il a des retours positifs de ses entreprises actuelles, il ne les entend pas. En revanche, il voit et entend du négatif là où il n'y en a pas. Il a des pensées noires, des sentiments tristes, des émotions désagréables qui surgissent involontairement, automatiquement à sa conscience, et coupés du contexte dans lequel il se trouve. La gestuelle et l'élocution sont ralenties, le corps est souvent rigide. Les perceptions corporelles sont modifiées : engourdissement pénible, sensations désagréables.

Le sujet déprimé est en transe, en auto-hypnose négative et il a besoin d'en sortir. Alors, l'hypnose thérapeutique peut être une réponse valable à la dépression. À l'expérience dépressive délétère pourra répondre une expérience hypnotique restauratrice et épanouissante. Grâce à celle-ci, nous allons remplacer la logique d'engluement, de rigidité, de passivité et d'autodestruction par une activité hypnotique saine qui dépend de la régression dans le passé, refait voir la diversité des réactions possibles à un événement, remet de la souplesse et rouvre sur des possibilités d'avenir. Il s'agit de créer une ambiance de changement, d'un changement durable obtenu dans le délai le plus court possible. C'est ce que nous appelons « thérapie brève réaliste ». Celle-ci s'appuie sur quelques considérations pragmatiques sur l'être humain.

Utiliser l'hypnose pour pousser l'inconscient à agir

Pour que la thérapie soit durablement efficace, elle doit agir sur l'inconscient. Le meilleur moyen est d'agir sur le symptôme prédominant à la conscience : insomnie, cauchemars ou lombalgies. *Le symptôme prédominant est le meilleur hameçon parce que, production de l'inconscient, il est le souci majeur du patient.* Si le symptôme est modifié, l'inconscient l'est. L'inconscient est trop compliqué pour être exploré. Mais, si j'arrive à ne plus me réveiller en pleine nuit, cela ne relève pas de ma volonté. C'est donc que quelque chose a changé dans mon inconscient.

Nous laissons l'inconscient être inconscient et en travaillant sur le symptôme, nous lui offrons la possibilité de changer ce qui a besoin de l'être. Parfois, le patient se trouve guéri sans comprendre ni pourquoi ni comment. D'autres fois, l'esprit inconscient communique à la conscience des intuitions, des images ou des rêves. Souvent, il agit de manière

détournée : dans un domaine sans rapport apparent avec la dépression, le patient se surprend à avoir un comportement inhabituel.

L'inconscient est souple. Il réagit à tout ce qui vient de l'extérieur et il y répond. Entre la partie consciente de notre esprit et l'inconsciente, « ça marche dans les deux sens », parce que nous sommes vivants. C'est ce qui nous permet de changer de point de vue. Si nous changeons de point de vue, c'est que quelque chose s'est modifié dans notre inconscient après de nouvelles expériences. Vivants, nous passons notre temps à changer en restant les mêmes. Il faut donc bien qu'en nous, l'information circule à grande vitesse de la surface à la profondeur et de la profondeur à la surface, avec un support stable pour la transmission. C'est de cela que la thérapie se sert pour amener au changement.

Faciliter le mûrissement : consentir à la perte

Même si elle dure longtemps, la dépression ne doit pas être comprise comme un *état* pathologique, mais comme une *crise*. Elle témoigne du fait que la personne a du mal à passer d'une époque du cycle de la vie à une autre : le jeune homme déprimé a du mal à renoncer à son adolescence, le vieillard déprimé à accepter la perte de ses capacités physiques, la femme ménopausée à accepter la disparition de ses règles et le départ du fils chéri de la maison. La crise dépressive témoigne du fait que la jeune femme malade n'accepte pas la perte de sa santé, l'homme mûr celle de son travail, la jeune fille la mort de son père.

Alors, la personne se fige, bloquée par le conflit intérieur, et réfléchit. N'avancé plus, elle ne peut plus alimenter sa réflexion qu'à son passé. N'avancé plus alors qu'elle est faite pour avancer, elle se sent mal et se sentant mal, elle ne peut trouver que du négatif dans le passé. De toute façon, elle y recherche non des possibilités de solution, mais les causes de son problème. Puisqu'elle regarde en arrière, elle se prive des informations positives qui pourraient lui venir du présent, et puisqu'elle est arrêtée, des pistes d'avenir qui se seraient annoncées à elle si elle avait continué à marcher sur le sentier de la vie. Elle s'enfonce dans la dépression.

La dépression est une crise du mûrissement. Nous avons des manières d'aborder les événements qui sont valables à une période de la vie et plus à une autre. Si nous tentons de les maintenir alors qu'elles ne sont plus adaptées, la crise démarre. Les périodes de transition ne sont pas faciles, mais si, alors, nous essayons de freiner la vie, de ramer à contre-courant du flot du temps qui passe, la crise s'enclenche. Ce qui est perdu est perdu. Alors, marchons et découvrons ce qu'il y a là, devant nous, juste sous les yeux. Une femme ménopausée peut pleurer ses règles, son mari la force de ses 20 ans, et le couple avoir la joie de se rendre compte qu'ils font bien mieux l'amour qu'au début de leur mariage et découvrir ainsi que, pour rien au monde, ils ne voudraient revenir à cette période.

Des événements comme une maladie, un succès ou un échec professionnel ou la mort d'un proche peuvent aussi nous amener à des révisions en profondeur à n'importe quel âge.

Trois personnes ont une promotion dans leur travail. L'une « prend la grosse tête », se préparant pour plus tard un accident cardiovasculaire; l'autre devient plus modeste, consciente de ses responsabilités plus grandes; la troisième déprime parce qu'elle n'a pas renoncé au temps confortable où elle était une obscure et une sans-grade.

Considérez deux tétraplégiques intelligents. L'un se révolte et demande l'euthanasie au Parlement de Strasbourg. L'autre apprend à se servir d'un ordinateur avec la bouche et un stylet et élabore une nouvelle théorie d'astrophysique. L'un et l'autre ont répondu avec ce qui leur restait, c'est-à-dire la liberté de choisir leur attitude intérieure.

Ceux qui restent déprimés n'ont pas consenti à la perte. Une fois la crise dépressive enclenchée, il leur devient impossible de consentir. Le but de la thérapie ne sera pas de les amener à comprendre pourquoi ils refusent cette perte, mais de les amener à y consentir. Ils seront ainsi « décollés » de leur passé, reprendront leur marche, plus adultes, plus épanouis et de nouvelles possibilités s'ouvriront à eux.

Utilisation thérapeutique des phénomènes hypnotiques

Dans ce contexte, tous les phénomènes hypnotiques sont utilisables. Cependant, renvoyer le déprimé dans son passé est assez périlleux parce qu'il le fait déjà, douloureusement. Donc, quand il a une reviviscence hypnotique du passé, le plus souvent, celle-ci ne retrouve que du pénible, qui le confirme dans son état actuel, ou bien – pire – il parvient à revivre des bons moments, mais c'est pour dire aussitôt : « À l'époque, j'allais bien; vous voyez, tout ça, maintenant c'est fini, ma vie ne vaut plus rien! », ce qui le renforce encore dans sa dépression.

Il est préférable de s'axer sur le souci majeur du déprimé, sur ce qui le préoccupe le plus. Retrouver un bon sommeil ou un dos confortable après 10 minutes d'hypnose vaut mieux que de longs discours chez le déprimé obsédé par ses réveils nocturnes ou ses lombalgies. Se sentir bien en 2 minutes d'induction hypnotique, et pendant 20 minutes de transe, après 3 ans de dépression, vaut mieux aussi que de longs discours : sortant de l'hypnose, il est plus difficile au patient de se sentir *uniquement* déprimé.

Le sujet qui voit son bras dans une confortable catalepsie à 50 cm du bras du fauteuil alors qu'il se plaignait de se sentir si mal dans son corps ne peut plus raisonner de façon *uniquement* dépressive. Lui dire en plus qu'il ne peut rien faire contre le fait que son bras *va bien*, et de mieux en

mieux, et que *ce bien-être* de son bras *va s'approfondir* dans les jours qui viennent et qu'il ne pourra rien contre achève de le déstabiliser : il ne peut plus s'empêcher d'aller bien, pas plus qu'il ne pouvait s'empêcher d'aller mal. Nous avons enfoncé un coin dans le système dépressif, après quoi il sera plus difficile à ce système de se maintenir tel quel. En fait, il s'agit de mettre le bon pétard au bon endroit pour que tout le mur finisse par sauter.

Il n'y a pas de phénomène hypnotique typique à faire produire dans le cas d'une dépression. Un tel hallucinera, l'autre modifiera son expérience du temps, un autre celle de l'espace, un autre sortira de son corps. Autant de voies hypnotiques que de patients. Il n'y a pas non plus de suggestion standard dans la dépression. On ne peut pas établir un catalogue des suggestions thérapeutiques que l'on mettrait en regard des classifications nosographiques, comme on a tenté de le faire avec le DSM-IV et les médicaments. Les seules suggestions pertinentes sont celles que ce sujet-ci a besoin de s'entendre dire. Par définition, les suggestions sont individuelles. Parce que chaque sujet est unique, sa dépression l'est aussi, son traitement aussi qui doit donc être stratégique.

Une stratégie en deux phases

Résumons-nous. La thérapie d'un déprimé passe par un travail sur le *souci majeur du patient*, compris dans la perspective du cycle de vie de celui-ci. C'est ainsi qu'elle pourra susciter de nouvelles expériences restauratrices qui feront de la crise dépressive un moment-clef pour son épanouissement.

La thérapie stratégique du déprimé définit un objectif : passer à l'étape suivante du cycle de vie, rétablir du dynamisme, de la diversité et une ouverture sur l'avenir. Au service de cette stratégie, le thérapeute utilise toutes sortes de tactiques. Nous avons décrit les tactiques directement hypnotiques. Le thérapeute se sert aussi, largement, des moyens de communication pratiqués en hypnose mais sans viser à produire une séance formelle d'hypnose. Il cherche juste l'efficacité de sa communication : c'est le « langage du changement », à base de paradoxes, de provocation, d'humour, d'anecdotes et de métaphores, de tâches à domicile paradoxales ou symboliques, voire de corvées. Au gré de l'évolution de la situation, le thérapeute est très souple, prêt à changer de tactique à tout moment. Seul le but lui importe. *Grosso modo*, la thérapie du déprimé comporte deux phases, l'une de soutien, l'autre d'activation des ressources. Parfois, on peut réaliser les deux en une.

PHASE DE SOUTIEN

Dès le début, avec une écoute chaleureuse, le thérapeute se focalise fortement sur le souci principal du patient et ratifie sa souffrance. Il montre à

celui-ci qu'il est compris et rejoint dans sa souffrance. Cette ratification de la souffrance, et, en corollaire, le sentiment du patient d'être enfin compris par quelqu'un, sont le socle de toute la thérapie. Le thérapeute est devenu plausible.

Souvent, à ce moment-là, des médicaments antidépresseurs, un arrêt de travail et/ou une hospitalisation sont prescrits. Ces prescriptions, volontiers utiles quand elles ne sont pas indispensables, sont difficiles à manier. Leur risque commun est de renforcer la passivité dépressive et l'autodépréciation du patient, en lui suggérant ainsi qu'il ne peut rien de lui-même, rien sans une aide extérieure. Tout, donc, est dans la présentation de ces mesures. Une question de communication : on annonce que ces mesures sont prises pour que le patient se relance *de lui-même*. L'agent sérotoninergique est là pour que le système limbique se relance *de lui-même*. L'arrêt de travail et l'hospitalisation sont là pour stabiliser les turbulences extérieures, prendre du recul, de manière que la personne se recueille un bon coup en elle-même pour voir quelle direction *elle, et seulement elle*, voudra prendre.

PHASE D'ACTIVATION DES RESSOURCES

Le moment le plus important est le cap des 15 jours – 3 semaines, celui où le patient commence à récupérer. Si trop de soutien est fourni à ce moment-là, la rechute est assurée. On aura créé une dépendance au thérapeute et/ou aux médicaments (si l'on en a prescrit). Plus le patient récupère d'énergie, plus le thérapeute doit être activant, ni trop ni trop peu. Pendant la levée de la dépression, ce qui avait provoqué celle-ci devient plus accessible parce que son abord est plus indolore. Si l'on ne traite pas à ce moment-là la problématique sous-jacente, la rechute est encore assurée.

La thérapie est directive parce que le déprimé, perdu, a besoin d'orientation. C'est une directivité paradoxale qui travaille à sa propre destruction par le patient, jusqu'à ce qu'il se rende compte qu'il n'a pas besoin de thérapeute. À la fin d'une thérapie réussie, l'ex-déprimé doit pouvoir se dire qu'il doit sa guérison à ses ressources personnelles, le thérapeute ayant été, au mieux, une rencontre heureuse sur son chemin pour faire ce qu'il avait à faire. Autrement, s'il restait en position de dépendance, il resterait vulnérable à la dépression.

Chaque déprimé vit une expérience unique et nous devons le stimuler pour qu'il *réponde*, pour qu'il *fasse* quelque chose d'utile pour lui, en séance ou hors séance, dans son univers intérieur, avec ou sans hypnose, ou dans son univers social, afin qu'il apprenne *par sa propre expérience*. Ainsi poussé, il apprendra d'abord que le changement est possible, qu'il est en train de se produire, et il sera curieux de ce qui va suivre : c'est gagné, l'avenir est rouvert ! Les patients déprimés sont les vrais inventeurs de leur dépression, et aussi des solutions à celle-ci. Ce sont eux qui nous

inspirent les chemins qui leur conviennent pour guérir quand nous les écoutons bien : ils nous inspirent nos suggestions. C'est, finalement, de notre part, une question de gentillesse.

Pourquoi avoir demandé, sans explications, à cet homme de monter à pied au Mont Faron, qui domine Toulon, cinq fois de suite ? Parce qu'il ne voulait pas parler des causes de sa dépression. Pourquoi avoir hypnotisé ce déprimé qui vivait la peur au ventre ? Parce qu'il était convaincu de son incapacité à se détendre. Pourquoi avoir fait halluciner différentes scènes de son enfance à cette femme ? Pour qu'elle les compare et en tire d'autres conclusions pour aujourd'hui. Pourquoi avoir exigé de cet homme qu'il range ses papiers pendant ses longues nuits d'insomnie ? Pour que ses nuits lui deviennent profitables. Pourquoi avoir demandé à cette femme de n'ouvrir aucune porte chez elle, du moins d'attendre 2 minutes pour que quelqu'un vienne ouvrir à sa place et que si, au bout des 2 minutes, personne ne l'a fait, alors seulement elle serait autorisée à ouvrir ? Parce qu'elle se croyait dépendante de ses proches pour tout, incapable de rien par elle-même. Pourquoi avoir demandé à cet homme hypocondriaque de vendre sa bibliothèque médicale et avec cet argent, d'offrir un bon repas à sa femme ? Pour ranimer un couple de la cinquantaine, esseulé après le départ des enfants. Pourquoi avoir demandé à cette femme, mère de trois enfants, de s'abstenir de faire l'amour 15 jours par mois ? Parce qu'elle avait besoin de se retrouver comme femme, personne humaine, et non objet de consommation sexuelle ou génitrice. Toutes ces interventions sont destinées à susciter des expériences nouvelles et ne prennent leur sens qu'intégrées dans une stratégie purement individuelle.

Lucile, 30 ans, a une excellente réussite professionnelle. Elle est un cadre apprécié de tous, subordonnés comme hiérarchie. Tout le monde admire sa manière de déminer les conflits, de faire donner aux autres le meilleur d'eux-mêmes en douceur, mais personne ne connaît son secret. Elle est très timide et déprimée, se cloître chez elle les week-ends. Elle est boulimique les jours, trop nombreux, de solitude, et convaincue de ne pouvoir plaire durablement à un homme. Dans 3 jours, Lucile doit négocier un contrat pour son entreprise avec des fournisseurs, réputés pour leur dureté en affaires, au cours d'un déjeuner au restaurant. Elle est terrorisée : elle en sera incapable et son secret va être découvert. Je l'hypnotise et lui raconte les gros problèmes que j'ai eus avec des sangliers.

« Comme vous le savez, la population des sangliers s'est beaucoup développée depuis plusieurs années. Comme vous le savez aussi, le sanglier est une bête massive, lourde et qui charge. Le sanglier se déplace parfois seul : c'est le vieux solitaire caractériel. Ou il se déplace en compagnie. C'est la laie avec ses marcassins : elle est dangereuse parce qu'elle protège ses petits. Ou bien c'est une compagnie de mâles. Ils sont plus malins. Quand ils explorent un endroit inconnu, les vieux envoient le plus jeune en éclaireur. S'il revient, c'est que la voie est libre. S'il ne revient pas, ils vont voir ailleurs.

« Le sanglier a peu de cerveau mais une grosse truffe. Il se guide à l'odeur. Il se sert un peu des yeux et des oreilles, mais surtout de sa truffe. Il arrive chez vous la nuit tombée. Il cherche la terre boueuse pour s'y rouler dedans. Il retourne la terre pour trouver les racines dont il se nourrit. En une nuit, les sangliers peuvent vous retourner des hectares de terrain, n'épargnant ni les haies ni les murets de pierre. Au matin, quand vous vous levez bien frais, vous avez un spectacle de désolation devant vous. Et tout ça pour des racines !

« Pendant des mois, ils s'en sont donné à cœur joie chez moi sans que je trouve de solution. Un soir en hiver, un de mes filles rentre à la maison, elle se retrouve face à une compagnie de sangliers. Elle a eu la peur de sa vie. Le problème, c'est qu'on les entend d'abord, avec leur grognement porcin caractéristique, avant de les voir. Quand on les voit, c'est trop tard. Un soir, en retournant au cabinet, je les ai entendus à 20 m de moi. J'ai mieux compris ma fille.

« J'ai pensé à tout pour les éloigner, et des conseils de gens qui savaient ce qu'il fallait faire, j'en ai entendus ! Exemples de conseils. Posté à un balcon, abattre un sanglier pour faire fuir les autres, qui seraient chassés par l'odeur du mort, mais la loi l'interdisait ; les chasser aux ultrasons, la méthode n'avait pas l'air sérieux ; demander aux chasseurs du coin de faire une battue, mais ils m'ont dit que c'était trop tard, la chasse était close ; mettre une clôture électrique, mais c'était cher et demandait un énorme entretien. Et les dégâts continuaient. Chaque nuit.

« Depuis 6 mois, je n'ai plus un seul sanglier. La maison revit. Un soir en effet, sur Internet, j'ai trouvé un site de petits chéris qui élèvent du cannabis. Ils étaient embêtés par les sangliers qui détruisaient leurs plants. Ils avaient trouvé qu'en mettant des pastilles d'antimites ou des rondelles de désodorisants de WC autour de leurs plants, les sangliers n'en approchaient plus. Je me suis dit que ces gars tenaient sûrement à leurs plants de cannabis. Le cannabis, bien élevé, procure des sensations et de l'argent. Alors, je suis allé à Carrefour, j'ai acheté plusieurs sachets d'antimites et je les ai répandus sur leurs lieux de passage, là où le grillage était défoncé. Plus de problème depuis. Donc sangliers = antimites. Vous comprenez : les sangliers se guident à la truffe, ils ont le groin puissant et l'odeur forte de la naphthaline leur est vraiment insupportable. Ils fuient. »

J'ai donné la formule au propriétaire d'un terrain de golf du coin qui n'en a pas été mécontent. Lucile non plus, qui est allée à son déjeuner d'affaires avec des boulettes d'antimites dans son sac à mains. Les fournisseurs durs à cuire non seulement se sont agréablement amollis, mais ils n'ont pas su la suite qui était secrète. J'ai demandé à Lucile de provoquer trois crises de boulimie de 30 minutes dans la semaine suivante, armée d'un petit carnet jaune pour noter ses impressions. Pour la première fois de sa vie, elle a été en échec. Elle n'y est pas arrivée. Elle a dû recommencer plusieurs fois à ma demande pour se rendre compte que, définitivement, elle avait échoué.

Pendant quelque temps après, quand elle devait dîner avec un homme qui lui plaisait, Lucile mettait son antimite dans son sac. Elle a fini par comprendre qu'elle n'avait pas besoin d'antimites parce qu'elle ne traitait pas avec un fournisseur. Je l'ai préparée hypnotiquement à son premier accouchement alors que, quelques mois plus tôt, elle me disait, grave et triste : « Je ne peux pas accéder au désir d'être mère. »

Thérapie brève de la dépression majeure (par Y. Doutrelugne)

« *Ses bras vont jusqu'à terre, ça y est, elle a mille ans* »

Jacques Brel, Orly.

Nous prenons le cas d'une dépression majeure, notant au passage qu'il y a bien d'autres types de dépressions : leur traitement pourra être différent. La personnalité du patient entre également en ligne de compte. Si, par facilité didactique, nous proposons des idées de traitement relatives à ce diagnostic, il s'agit toujours d'hommes et de femmes aussi uniques que leurs empreintes digitales. La thérapie brève tente d'ailleurs de ne pas être normative.

Une première évaluation

Une première évaluation est nécessaire pour un soutien immédiat :

- la communication est-elle possible ? Est-elle suffisante ?
- l'entourage assure-t-il un support immédiat ? Un séjour en famille reste-t-il possible ou faut-il envisager une hospitalisation ?
- le risque suicidaire est-il présent ? Cette évaluation du risque suicidaire représente un sujet où une erreur par défaut peut se payer au prix fort pour le patient, sa famille... et le thérapeute ;
- est-il déjà médiqué ? Sinon, comment le lui proposer ? Parfois cela va de soi, parfois pas. Et pour une bonne compliance ultérieure, il faut convaincre...

Pour illustrer l'usage conjoint d'un antidépresseur et d'une thérapie, nous utilisons la *métaphore du noyé*. Quand vous avez la tête sous l'eau – vous avez bien la tête sous l'eau pour le moment ? – vous n'avez pas envie d'apprendre à nager. Vous n'avez qu'une seule envie : avoir la tête hors de l'eau et pouvoir respirer ! L'antidépresseur va vous sortir en quelques semaines la tête hors de l'eau – artificiellement, d'accord – mais vous allez respirer ! Quand vous aurez la tête hors de l'eau, alors vous pourrez suivre un cours de natation. Et quand vous saurez nager, vous n'aurez plus besoin qu'on vous tienne la tête hors de l'eau. Avec un peu de chance, vous n'aurez plus besoin d'antidépresseur.

L'usage ou non d'un antidépresseur mériterait à lui seul tout un débat et les positions divergent quant à ses mérites. Certains mettent en avant la souffrance de la personne et de son entourage et, confiants dans les résultats de cette aide pharmacologique, prescrivent. D'autres, ou les mêmes en d'autres circonstances, mettront en avant la crise de croissance, le chaos

momentanément nécessaire avant de retrouver un nouvel équilibre et limiteront davantage l'usage des médicaments.

Le déni

Le déni est souvent présent : déni des faits ou déni de l'implication personnelle (attribution externe). Par exemple :

- je ne suis pas déprimé ;
- je dois m'en sortir tout(e) seul(e) ;
- je ne suis pas malade ;
- ce n'est pas une dépression (maladie honteuse !);
- je ne veux pas d'arrêt de travail ;
- ce n'est pas en arrêtant que ça va aller mieux ;
- je ne veux pas d'hospitalisation/pas de médicament/pas de thérapie ;
- je ne suis pas fou ;
- c'est physique, corporel, somatique ;
- je suis fort, je suis un(e) battant(e) ;
- je suis un type rationnel ;
- faites-moi une bonne piqûre (une séance d'hypnose) ;
- je suis impatiente : il faut que ça aille vite ! ;
- vous ne pouvez rien faire ! ;
- c'est la faute des autres, de la société ;
- à vous de me prendre en charge ! ;
- je ne changerai pas, ma vie est foutue ! ;
- j'ai déjà fait plusieurs traitements/thérapeutes : « Ça » n'a pas marché...

Dominique Megglé insistera pour accepter le souci majeur du déprimé, quitte à ce que celui-ci soit loin de notre diagnostic DSM-IV, plutôt que de lui imposer notre opinion. Politesse, dira-t-il. À un douloureux chronique, plusieurs fois réopéré du dos, dépressif rempli de tristesse mais aussi de colère après cette longue histoire d'échecs médicaux répétés, il dira : « Avec une telle douleur lombaire, il est normal que vous dormiez mal, mangiez mal, ayez tant grossi/maigri. Normal que votre humeur en soit affectée, que vous soyez éternellement crevé et n'ayez plus envie de rien, etc. »

L'accueil

En pratique, nous commencerons par *accepter* cette souffrance évidente, sans la minimiser, que du contraire ! *Reconnaître, accepter, augmenter, utiliser**, quatre mots-clés de la thérapie de Milton Erickson.

– « Vous avez souffert à ce point-là ? Autant de mois d'arrêt de travail ? Autant hospitalisations ? »

– « Vous avez dû faire beaucoup d'efforts ! » La réponse est *toujours* « Oh oui ! ».

– « À votre place, avec tout ce que vous avez vécu, je crois que je serais encore plus mal que vous ! » L'expert consulté est immédiatement en position basse et le patient devient l'expert...

Quelques métaphores utiles...

LA PÉDALE D'ACCÉLÉRATEUR

Vous qui conduisez depuis longtemps, vous savez que lorsque vous appuyez sur la pédale de droite, votre voiture accélère. Or depuis un certain temps, vous avez beau appuyer, appuyer comme un forcené, le faire et le refaire encore, ça ne marche pas ! Tant que vous n'aurez pas compris que le câble d'accélérateur est cassé, vous pouvez faire énormément d'efforts qui ne réussiront qu'à vous épuiser davantage... Quand vous pourrez accepter cet état de fait, vous pourrez prendre le temps et les dispositions nécessaires pour pouvoir réparer votre câble et repartir au plus tôt.

LA PNEUMONIE

Si votre enfant présentait une forte température et que le médecin, après l'avoir examiné, diagnostique une pneumonie, accepterez-vous d'aller à l'hôpital faire des radios ? Et si celles-ci confirment son diagnostic, accepterez-vous qu'il prenne des antibiotiques, qu'il arrête l'école et soit éventuellement hospitalisé ? Une fois revenu à la maison, lui demanderez-vous d'aller aider son père à travailler à l'extérieur ? Ou le mettrez-vous au lit, bien au chaud, avec des jus de fruits, des vitamines et ses médicaments... Votre maladie ne se voit pas à la radio et pourtant chaque année dans notre pays, la dépression tue davantage que la pneumonie. Feriez-vous moins pour votre dépression que pour sa pneumonie ?

LE PASSEUR D'EAU

Imaginez une rivière que vous connaissez bien. Et imaginez qu'un côté de la rivière soit verdoyant, fleuri, alors que vous êtes sur l'autre rive, froide, argileuse, glissante, humide et sombre. Cela fait des mois, des années que vous suivez tristement le cours de cette rivière, les pieds dans la glaise. Vous aimeriez bien la traverser pour rejoindre l'autre berge mais l'eau est froide et vous ne connaissez ni la profondeur, ni les courants, ni les trous ni les tourbillons... Vous avez déjà rencontré des *passeurs d'eau*, ces hommes dont c'est le métier d'aider tout un chacun à traverser la rivière. Mais pour différentes raisons, vous ne leur avez pas fait confiance ou pas suffisamment pour que votre projet aboutisse. Et vous êtes toujours là, à patauger dans l'argile glissante et froide de cette triste rive... Aujourd'hui, vous avez devant vous un autre passeur d'eau : il vous tend la

main tout en vous disant que, si vous l'acceptez, ce ne sera pas une partie de plaisir : il faudra vous accrocher, faire beaucoup d'efforts, ne pas céder au découragement. Cette rivière glacée, il en connaît la profondeur, les trous, les tourbillons, les courants. Allez-vous travailler avec lui maintenant ou continuer à traîner vos pieds dans la boue de ce côté-ci de la rivière encore quelques années ?

En cours de thérapie, pendant les moments difficiles, de grande souffrance, de découragement, il est utile de rappeler que la traversée s'annonçait houleuse... La thérapie n'est pas un long fleuve tranquille.

L'ÉPONGE PUANTE

Dans votre cuisine, sur l'évier se trouve une éponge que vous utilisez et lavez couramment. Imaginez qu'un été, lasse de toujours recommencer les mêmes gestes, vous laissez cette éponge près de votre évier sans la rincer régulièrement. La chaleur aidant, elle finit par sentir (très) mauvais... Qu'à cela ne tienne, vous l'enfermez dans une boîte en plastique étanche. Merveilleux ! Il n'y a plus d'odeur... Mais quelque temps plus tard, l'odeur réapparaît : vous enfermez le tout dans une boîte en fer, comme les boîtes à biscuits, minutieusement scellées par du papier adhésif. Ça marche ! Mais quelque temps plus tard, l'odeur réapparaît à nouveau ! Vous placez la boîte métallique dans une armoire dont vous prenez soin de colmater les moindres interstices et la serrure avec du silicone : impeccable ! Mais à nouveau, l'odeur reprend le dessus et c'est cette pièce que vous quittez en bouchant tous les joints de la porte et sa serrure avec le même silicone. C'est encore superbement efficace... mais pas très longtemps et vous voilà réduit à quitter la maison pour échapper à cette odeur devenue pestilentielle...

Une fois dans le jardin, il faut un sacré courage pour entrer dans cette maison qui pue, dans cette pièce nauséabonde, dans cette boîte en fer blanc pestilentielle pour accéder enfin à la boîte en plastique et pouvoir laver et relaver à l'eau de Javel cette éponge putride... Mais quel plaisir et quelle satisfaction durables une fois ce travail accompli !

Premier paradoxe : « Je suis nul »

L'approche paradoxale* a été développée à Palo Alto. En deux mots : avec les meilleures intentions (dont l'enfer est pavé), les patients tentent des solutions en apparence logiques mais qui ne fonctionnent pas. Il y a une erreur logique, un paradoxe. Et ils répètent et répètent ces solutions inefficaces avec des variantes mineures, creusant ainsi l'ornière dans laquelle ils se sont embourbés.

Pour sortir de ce cercle vicieux, le thérapeute va proposer une solution en apparence illogique mais qui, dans ce cas-là, curieusement, marche : c'est l'intervention paradoxale*.

Il doit donc :

- connaître d’abord les faits qui ont posé problème;
- s’enquérir des tentatives de solutions en tous genres essayées par le patient et comprendre le lien entre ces solutions inefficaces;
- reconnaître aussi les solutions qui ont été efficaces (mais non généralisées);
- sortir du groupe des solutions inefficaces, le plus souvent *via* les solutions déjà efficaces (exceptions de type I et II).

Le patient dépressif majeur exprime une bonne dose d’auto-dévalorisation :

- je suis nul;
- je ne vauds rien;
- ma vie est un gâchis;
- je n’ai jamais rien réussi;
- je ne sais que mal faire;
- je suis un poids pour mon entourage;
- etc.

Si, en systémiciens, nous cherchons à savoir quelles interactions se jouent quand le patient déprimé exprime cela à ses proches, nous constatons que son entourage bienveillant lui dit « Mais non, tu es chouette ! Regarde, tu as réussi ceci, cela, etc. », voire « Tu as tout pour être heureuse!... »

Pour connaître la suite, nous demandons « Est-ce que ça vous aide ? Est-ce que ça vous fait plaisir ? » Et la réponse est quasi unanimement *non*.

Quel est le paradoxe ? Plus la personne dépressive se dévalorise, plus ses amis « la remontent »... sans résultat positif. Au contraire, le dépressif, ne se sentant pas compris, souffre plus encore et cesse de s’exprimer : « À quoi bon dire ce que je ressens puisqu’ils me disent systématiquement le contraire ! » Nous savons déjà *ce qu’il ne faut plus faire !*

Le premier paradoxe serait : plus on la remonte, plus elle descend...

Faudrait-il alors abonder dans son sens ? Est-ce pensable ? Est-ce humain ? N’est-ce pas un contre-transfert agressif du thérapeute sur une patiente qui n’a vraiment pas besoin de ça ?

C’est ce que nous faisons pour sortir de ce premier paradoxe. Et cela suscite parfois question ou indignation des professionnels qui se forment à la méthode :

- vous ne faites quand même pas cela avec un suicidaire ?;
- il n’y a pas de généralité. Une réflexion, quand même : plus ça va mal, plus ça dure, plus il est urgent que cela change ! Et plus il y a longtemps que l’aide apportée s’avère peu efficace, plus le patient a « droit », au plus tôt, à un traitement efficace !

Mais il y a des *ceintures de sécurité**, c'est-à-dire des règles à respecter pour pratiquer l'intervention paradoxale :

– *une bonne connaissance du paradoxe préalable*, l'erreur logique que l'on va corriger. Il n'y a en effet aucune (bonne) raison de faire une intervention paradoxale s'il n'y a pas de paradoxe préalable à corriger !;

– *la bienveillance*, condition sine qua non de toute intervention thérapeutique mais peut-être plus encore de celle-ci... ;

– *la progressivité*.

Pour reprendre la situation du patient dépressif, l'intervention paradoxale progressive pourrait être :

1. Je suis touché parce que vous me dites « Je suis nul ».
2. Vous avez sûrement de bonnes raisons de me dire cela (position de l'anthropologue*).
3. Maintenant que vous me l'avez expliqué, je vous comprends mieux.
4. Si vous le dites, cela doit être vrai.
5. C'est vrai. Savoir ce que je vais faire avec un nul comme vous, ça, c'est mon travail ! Ceci peut prendre une heure. Chaque étape est bienveillante et le patient ne s'y trompe pas.

Second paradoxe : « Je suis nul mais je devrais... »

Cette patiente dépressive vient de nous dire « Je suis nulle, je suis crevée, au bout du rouleau. Je n'ai envie de rien, plus rien ne m'intéresse, plus rien ne me fait plaisir... ». Au fond de son lit, elle reçoit les encouragements bienveillants mais maladroits de son entourage : « Lève-toi ! Sors un peu, fais un petit tour ! Viens au resto, au ciné, faire une balade ! Partons en week-end... ». Et quand « ce gentil mari qui ne la comprend pas » insiste tellement pour aller passer un week-end à la mer avec des amis, Madame n'en a vraiment pas envie. Elle sait qu'elle n'a qu'une envie, rester dans son lit. Elle sait qu'elle va s'ennuyer et ennuyer son monde... Elle essaye bien de se défilier mais son gentil mari insiste tellement... qu'elle finit par accepter. Et comme prévu, c'est un effort surhumain. Ce qui pour les autres est une partie de plaisir est pour elle un calvaire ! Elle en crève et ennuie tout le monde avec sa tête d'enterrement, ses pleurs, sa tristesse, son peu d'emballement, son appétit de moineau et son pas traînant... S'il lui reste un peu d'énergie, elle parvient même à s'irriter pour des broutilles et à être désagréable. Et elle rentre de ce week-end encore plus persuadée qu'elle est nulle, qu'elle n'en sortira jamais, qu'elle est une charge pour les autres « qui pourtant sont si gentils pour elle »...

Parfois, ses efforts se concentrent sur des essais aussi vains que répétés de *faire quelque chose* ou de chercher du travail. Efforts qu'elle paie *cash*

par une fatigue immense qui la renvoie s'écrouler de sommeil pour des journées entières dans son lit. Un rien lui est effort, elle se sent les ailes d'un oiseau mazouté...

Mais c'est cette même femme qui nous dit : « Je m'en veux parce que *je devrais* :

- être une chouette maman (je ne supporte plus les gosses, ils m'énervent, je leur crie dessus et même il m'arrive de taper...);
- être une chouette épouse (je ne fais plus rien, ma maison est négligée, je suis d'une humeur massacrate, je me traîne, je repousse sa tendresse...);
- aller travailler (cela fait des mois que je suis en arrêt de maladie laissant mes collègues dans l'embarras);
- m'occuper un peu de moi (j'ai pris du poids, j'ai une tête « à faire peur », je me néglige et n'ai aucune envie de me pomponner). »

Je suis incapable mais... je dois (je devrais, j'aurais dû...).

Ayant souligné combien elle a fait d'*efforts*, ayant accepté sa « nullité », sa fatigue et son aboulie, nous pourrions plus facilement lui faire remarquer que, quand on est nulle et crevée de surcroît, on est *incapable* de faire ça, ça et ça ! Que la place des nuls, c'est dans leur lit ! À quoi servent toutes ces gesticulations inutiles, ce « moulin à vent » épuisant et stérile... pour tenter de faire ce dont elle-même me dit qu'elle est incapable !

« Écoutez ce que vous me dites ! On dirait que je suis plus d'accord avec vous que vous ! » (J'adore cette petite phrase...).

Le paradoxe préalable, c'est que, plus on la sollicite à se mobiliser, plus elle s'immobilise. Nous allons donc lui interdire d'avoir la moindre action, lui prescrire l'immobilité absolue et forcée. C'est notre fameuse *mise au lit**, notre deuxième prescription paradoxale.

Elle commence par un choix illusoire* assorti d'un contrat en blanc* :

« J'ai une solution rapide à vous proposer ou une moins rapide. Si vous souhaitez la solution rapide, il faudra me signer un contrat en blanc. Si vous ne souhaitez pas cette première solution, il existe aussi une solution moins rapide. Tout ce que je peux vous dire de ce contrat en blanc, c'est qu'il ne contient rien d'illégal, rien d'immoral, rien d'impossible. Je peux vous préciser que vous devrez vous y consacrer à temps plein pendant 2 mois. Il faut donc en avertir votre conjoint (ou vos proches) pour que toutes les dispositions soient prises, en famille, pour s'organiser dans ce nouveau contexte. »

La situation est tellement dégradée que dans quasi tous les cas, le patient accepte avec l'accord de son entourage. Je lui déclare que si elle devait « donner un coup de canif dans notre contrat », je devrais en être informé. Cela ne remettrait pas en cause notre travail mais j'ajoute, malicieusement, « qu'il ne faut pas ajouter un mensonge à la faute »...

Je lui prescris solennellement, sur un formulaire officiel de prescription de médicaments, le traitement suivant :

« Après avoir acheté un cahier A4 jaune fluo (paratonnerre*), allez photocopier cette prescription en format A3 (affiche double A4). Vous mettre au lit immédiatement et complètement. *Ne rien faire* : ni parler, ni lire, ni écouter la radio, ni regarder la télé. Les repas seront pris au lit et dans le silence. La seule activité autorisée, c'est de *m'écrire* dans le cahier jaune. Ne vous lever que pour faire votre toilette et aller aux toilettes. Me revoir à telle date (8 jours plus tard) ».

Lors du rendez-vous suivant :

– je reçois le cahier jaune, que je parcours : il contient souvent 40 ou 50 pages d'écriture qu'il me faudra lire à l'aise après notre entretien. Son contenu est souvent très riche et sa forme – trop méticuleuse par exemple – peut apporter, elle aussi, des informations intéressantes ;

– le patient a vite oublié qu'il s'est engagé pour 2 mois et paraît parfois étonné quand nous lui annonçons la poursuite de la prescription sous une forme légèrement allégée, toujours sur le même formulaire, encore à photocopier lors de l'achat de son nouveau cahier jaune : « Vous remettre au lit et n'y *rien* faire sauf m'écrire. Ne vous lever que pour faire votre toilette et aller aux toilettes. Vous pouvez sortir du lit un quart d'heure le matin, un quart d'heure l'après-midi et une demi-heure le soir. *Au moindre symptôme*, revenir à l'étape antérieure. Nous revoir tel jour, telle heure (8 jours plus tard) ».

La consultation suivante se passe comme la précédente. La nouvelle prescription est encore légèrement allégée : « Vous remettre au lit et n'y *rien* faire sauf m'écrire. Ne vous lever que pour faire votre toilette et aller aux toilettes. Vous pouvez sortir du lit une demi-heure le matin, une demi-heure l'après-midi et une heure le soir. *Au moindre symptôme*, revenir à l'étape antérieure. Nous revoir tel jour, telle heure (8 jours plus tard) ».

Souvent la première semaine, le patient dort beaucoup et apprécie que son petit monde s'affaire autour de lui sans qu'il doive se préoccuper de quoi que ce soit. L'angoisse et la culpabilité ont tendance à baisser. Il en parle dans son cahier. La deuxième semaine, l'ennui grandit et la révolte commence à gronder. La troisième ou quatrième semaine, elle explose ! Il se révolte contre ce soignant qui lui impose de ne rien faire. Il *veut faire des choses* et a d'ailleurs souvent déjà donné l'un ou l'autre coup de canif dans le contrat, etc. Il renie la promesse qu'il m'a faite dans son contrat en blanc de s'y consacrer pendant 2 mois et veut sortir du lit.

Nous gardons notre stratégie paradoxale : c'est « contraints et forcés », la main sur le cœur que nous lui déclarons n'avoir pas les moyens de nous opposer à sa décision, tout en croyant que c'est rompre notre pacte, que cette décision est très prématurée, etc.

Et nous ajoutons : « Je me demande ce que vous allez faire : vous avez constaté qu'arrêter de faire des efforts vous a fait le plus grand bien. Alors qu'avant, vous avez fait énormément d'efforts pour en sortir, avec un résultat déplorable. Je me demande ce que vous allez choisir de faire demain : rouler à gauche ou à droite ? Faire ce qu'il faut pour aller mal ou faire ce qu'il faut pour aller bien... À mon avis, je vous le répète, c'est trop tôt et je déplore que vous reniez ainsi votre engagement ».

La thérapie se poursuit alors avec un patient qui a retrouvé une partie de son désir, de sa pugnacité et de ses activités.

Cette stratégie a pour *indication* les dépressions majeures (pas les petites!).

Les *bénéfices* sont les suivants :

- le patient se rend compte « qu'on n'attrape pas une dépression » comme on attrape la grippe;
- il découvre qu'il peut faire des choses pour aller bien et d'autres pour aller mal;
- en quelques semaines il désire ardemment, là où son désir était aux abonnés absents depuis longtemps...

André, 32 ans, est éducateur d'aveugles. Il dit qu'il est un éducateur lamentable alors que son patron lui dit régulièrement qu'il est son meilleur éducateur, le plus motivé. Ceci dit, il trouve que les autres éducateurs manquent cruellement de conscience professionnelle!

Les perfectionnistes tiennent souvent ce discours... André vit une dépression majeure et vient me demander ce que je pense de la luminothérapie³⁷. Au troisième entretien il exprime très clairement des idées suicidaires qui justifient, à mes yeux, son hospitalisation immédiate. Huit jours plus tard, la psychiatre de l'hôpital me téléphone pour me dire qu'André répète à qui veut l'entendre qu'il ne sert à rien de le traiter, qu'il ne s'en sortira jamais, etc. Propos qu'il m'avait tenus pendant les deux premiers entretiens. Il demande sa sortie contre avis médical, signe une décharge... et revient le lendemain bourré d'angoisses. Un mois plus tard, il sort de l'hôpital avec un traitement très sérieux. Il vient me revoir et me dit que cette hospitalisation n'a servi à rien, qu'il n'en sortira jamais, etc. Je lui réponds que si elle n'a servi à rien pour lui, elle a beaucoup servi pour moi ! Étonné, il sort un œil de sa torpeur...

Et je fais alors, en *position basse**, un virage en *épingle à cheveux*, ce que les auteurs anglo-saxons appellent un *U-turn**.

Je lui ai alors proposé un *choix illusoire**, le *contrat en blanc* qu'il accepte et je lui prescris « *La mise au lit** ». Quelques semaines plus tard, il va mieux et souhaite reprendre son travail. Je continue mon paradoxe en lui disant que je n'ai pas les moyens de l'en empêcher mais que je crois que c'est beaucoup trop tôt,

37. Traitement spécifique de la dépression saisonnière par des bains de lumière.

qu'il n'en est pas capable, qu'il va s'épuiser, etc. J'ai beau jeu de lui rappeler que pendant ses premières semaines passées au lit, il était fort soulagé de n'avoir rien à faire, d'être dégagé de toute responsabilité, jouissant ainsi d'un calme retrouvé et d'une force physique et psychique meilleure...

André m'annonce qu'il ne travaillera que 8 demi-journées pendant ce mois de décembre. J'accepte cette reprise du travail du bout des lèvres, contraint et forcé, réticent.

Lors de la séance suivante, André m'explique qu'une de ces demi-journées de travail tombait le même jour qu'une soirée récréative organisée pour récolter des fonds pour les activités sportives à l'école. Il a demandé à son patron de déplacer sa demi-journée de travail pour pouvoir y participer, faisant partie du comité organisateur de la fête.

Son collègue lui demande de tenir la caisse de la soirée. André refuse : il est encore en convalescence ! Il a compris comment faire pour aller mieux...

Bénéfices de l'opération :

- sa mise au lit lui a donné une furieuse envie d'en sortir;
- « super-André » a appris à ne plus jouer superman ! Il prend soin de lui.

Ainsi, le patient a été accueilli, écouté... Nous avons reconnu, accepté, augmenté et utilisé sa vision du monde et de lui-même. La thérapie se poursuit alors avec un patient qui a retrouvé une partie de son désir, de sa pugnacité et de ses activités. Et si nous nous intéressions à ses pertes et surtout à la façon dont il les a abordées, gérées ?

Le travail des pertes

Annette, 50 ans, a des problèmes de comportement alimentaire liés à un syndrome dépressif. Pour ces deux raisons, elle a consulté maints thérapeutes « d'obédiences diverses » sans qu'aucun n'ait abordé avec elle la perte de son fils toxicomane, décédé d'overdose. Curieux... Il y a trop de personnes déprimées qui ont fait de longues thérapies sans que jamais l'on ne se questionne sur l'existence d'une perte et d'un deuil.

On ne peut faire l'économie de cette question et des suites éventuelles à lui donner...

Dans une perspective systémique, ce qui va nous intéresser, c'est l'*interaction* de la personne avec cette perte (ses pertes), sa réaction, sa *gestion* de la perte (de ses pertes).

Face à un patient présentant des dépressions récidivantes, nous utiliserons notre grille* en deux colonnes (faits à gauche, commentaires à droite).

Dans la colonne de gauche, nous inscrirons les différentes pertes significatives déclinées par le patient *et* ses différentes tentatives de solution. Il s'agit bien d'une interaction, d'une causalité circulaire* et non linéaire : on ne fait pas une dépression *parce que l'on a été licencié ou parce que l'on a perdu un enfant*, comme on le prétend communément. Certains types de réponses à l'événement survenu (certains types de *franges**) amènent

neront plus sûrement le patient à la dépression que d'autres. Nombre de patients ayant présenté des dépressions récidivantes ont pu *apprendre* – à l'occasion de leur thérapie – à gérer différemment aujourd'hui et demain leurs nouvelles pertes, consciemment et inconsciemment. Ils utilisent de nouvelles franges. *Nos problèmes d'aujourd'hui*, disait Michael Yapko, *sont la conséquence prévisible des déficits de nos apprentissages**. Quand l'apprentissage est fait...

Il existe deux types de pertes et de deuils, souvent associés :

- *le deuil interpersonnel*, suite à la perte d'un « objet » investi;
- *le deuil existentiel* ou perte d'une *illusion* que nous avons.

Le deuil existentiel est quasi systématiquement associé au deuil interpersonnel (ou deuil d'objet). C'est la toile de fond de toute perte. C'est la perte d'une illusion que la personne avait sur l'existence : sa façon de voir, sa carte du monde est bouleversée voire contredite par cette perte. Ainsi, les humains – hommes et femmes – trouvent *normal* que les choses se passent comme ceci ou comme cela et sont très surpris, tristes et en colère quand les choses ne se passent pas comme ils l'avaient pensé... Dans le chapitre sur le travail des croyances qui mènent à l'anxiété, nous avons parlé de ces « contes de fées » que les humains se racontent et de l'acceptation de la réalité quand elle est triste. Il se pourrait que la réalité fût triste, disait Renan. Le philosophe étant celui qui préfère une triste réalité à une fausse joie, ajoutera Comte-Sponville. C'est tout le travail d'acceptation, que Megglé appelle le mûrissement. Cette crise nous amenant à nous forger un nouveau regard, une nouvelle croyance, une nouvelle certitude... jusqu'à ce qu'une autre crise vienne à son tour à nouveau nous contredire ! Rien n'est jamais acquis à l'homme...

Quand le thérapeute souhaite connaître ces pertes existentielles, sa question sera : « Avez-vous été souvent déçu ? Qu'est-ce qui vous a déçu ? »
Et les réponses affluent « Oh oui, ils ont été déçus ! »
Leurs phrases commencent alors par « Normalement, ça ne devait pas arriver » ou leur question est : « Vous trouvez ça *normal*, vous, que... (qu'un enfant meure avant ses parents, que je sois licencié alors qu'on appréciait mon travail, que je subisse les conséquences d'un accident dont je n'étais pas responsable, que quelqu'un en qui j'avais confiance m'ait trompé, etc.) ? »

Le tableau 3.1 est malheureusement incomplet ! Il reprend quelques grands thèmes qui nourrissent le désespoir des hommes... Mais les *illusions* des hommes sont tellement nombreuses...

Tableau 3.1. – *Quelques grands thèmes qui nourrissent le désespoir des hommes.*

	Thèmes
<input type="checkbox"/> Normalement, maintenant que je suis guéri, il ne va plus rien m'arriver <input type="checkbox"/> Normalement, ça ne devait pas m'arriver pour telle raison ! <input type="checkbox"/> Normalement, ça ne devait pas m'arriver, pas à moi ! Pas à mon âge ! <input type="checkbox"/> Normalement, c'est pour les autres : ça peut arriver, mais pas à moi	L'invulnérabilité R/Apprendre « la médecine de l'acceptation »
<input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai mes deux jambes demain <input type="checkbox"/> Normalement, je serai en bonne santé demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai le même rang social demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai toujours bonne réputation demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai toujours ma femme et mes enfants près de moi demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai toujours mon métier demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai toujours ma maison demain <input type="checkbox"/> Normalement, j'aurai toujours mes amis demain	Le sentiment de propriétaire : <i>Le droit à la santé, au travail, au bonheur, aux enfants, à la position sociale, etc.</i> R/Rien ne t'appartient, tu n'es que de passage. Épictète.
<input type="checkbox"/> Normalement, les enfants meurent après leurs parents <input type="checkbox"/> Normalement, si je travaille bien je ne serai pas licencié <input type="checkbox"/> Normalement, si je respecte le code de la route, je n'aurai pas d'accident <input type="checkbox"/> Normalement, si je suis prudent en affaires, il ne m'arrivera rien <input type="checkbox"/> Normalement, si je fais confiance, je ne serai pas trompé <input type="checkbox"/> Normalement, si je vis sainement, je ne serai pas malade (si je ne fume pas, si je mange bio, si je fais du sport, si je bois peu, etc.)	Le monde a un sens ou Le monde est juste R/Apprendre l'accident immérité
<input type="checkbox"/> Normalement, le monde devrait marcher comme ceci... <input type="checkbox"/> Normalement, il(s) devrai(en) t faire ça et ça <input type="checkbox"/> Normalement, tu devrais faire ce que je te dis... (puisque c'est pour ton bien !)	L'idéaliste : c'est celui qui sait comment les autres et le monde devraient être (attribution externe) R/Apprendre le réalisme et la non-attente concernant les autres. « N'espérez pas, faites! »

Dans *le Manuel* d'Épictète déjà abondamment cité, nous trouvons : « Ne dis jamais à propos de rien que tu l'as perdu. Dis "Je l'ai rendu". Ton enfant est mort? Tu l'as rendu. Ta femme est morte? Tu l'as rendue. "On m'a pris mon champ!" Eh bien, ton champ aussi, tu l'as rendu. "Mais c'est un scélérat qui me l'a pris!" Que t'importe le moyen dont s'est servi, pour le reprendre, celui qui te l'avait donné. »

Christiane Singer a écrit quelques lignes précieuses au sujet du sens – et de la perte de sens – de la vie : « *La vie n'a pas de sens, ni sens interdit, ni sens obligatoire. Et si elle n'a pas de sens, c'est qu'elle va dans tous les sens et déborde de sens, inonde tout. Elle fait mal aussi longtemps qu'on veut lui imposer un sens, la tordre dans une direction ou une autre. Si elle n'a pas de sens, c'est qu'elle est le sens.* »

Quand le thérapeute tentera de connaître la perte elle-même, sa question sera « Avez-vous perdu quelqu'un ou quelque chose de très important pour vous ? »

Il s'agira ici de la perte d'une personne ou d'un objet très investi par décès, rupture ou éloignement. Il y a énormément d'objets investis – de natures très différentes – que la vie nous amène à perdre. C'est le « deuil traditionnel » : « Je suis en deuil, je fais mon deuil, j'ai un deuil à faire. »

Nous allons identifier ce deuil, puis faire le travail de deuil, si ce n'est déjà fait.

Les deuils sont d'ordres divers, bien au-delà du décès ou de la séparation ou de l'éloignement d'une personne. Et la souffrance attachée à ces diverses pertes est souvent minimisée (voire niée) par des patients « courageux »... Surtout ne pas pleurer. Ne pas « craquer » : bien souvent le patient qui pleure dans ce contexte en consultation utilise cette expression...

« J'ai craqué » est synonyme de faiblesse, c'est honteux. Les injonctions du type « Tu dois être fort », « Un homme ne pleure pas », ou d'autres interactions plus subtiles du même acabit refont surface. Au présent, il est courant d'entendre la personne et son entourage dire, avec un apparent bon sens « Ce n'est pas en se laissant aller, en pleurant sur son sort et en restant au lit, que cela va aller mieux ! » Ces remarques participent au refoulement, largement inconscient, d'émotions qui ont toutes leurs raisons d'être.

D'une façon caricaturale, Cummings dira qu'il faut deux ingrédients pour faire une dépression : une perte (et nous en sommes malheureusement coutumiers) et une répression des émotions, un refoulement. L'École de Palo Alto, la systémique, comprendra celui-ci comme la tentative de solution qui crée et entretient – bien involontairement – le problème. Certains membres du système s'investissent par exemple dans un rôle de protection : épargner les plus faibles, les enfants, les vieillards, ceux qui sont en difficulté psychologique. Ne pas leur parler de ce sujet douloureux, ne pas les laisser en parler, les laisser faire seuls ou ne pas faire leur deuil.

Suite au décès accidentel d'un enfant, une réaction bien compréhensible sera « Plus jamais ça ! » Il sera l'occasion d'un changement radical des rôles dans la famille. La mère endeuillée, par exemple, va protéger exagérément l'enfant survivant, espérant lui éviter tous les risques. Plus tard, cet enfant à

son tour pourra entrer dans le jeu et protéger maman, par exemple en se choisissant des partenaires de couples impossibles. Qu'arriverait-il s'il fondait un chouette couple et prenait le large ? Maman n'y survivrait pas !

IDENTIFIER ET NOMMER LA PERTE

Cette perte peut être connue de la personne ou non.

Philippe, 43 ans, est un médecin généraliste. Sa femme et lui ont deux enfants. Philippe déprime et ne comprend pas pourquoi « puisqu'il a tout pour être heureux ! ». Cette souffrance remonte à l'année dernière, à l'occasion de l'interruption volontaire de grossesse de son épouse. Philippe souhaitait un troisième enfant, sa femme pas. Ses demandes répétées aboutirent à des refus répétés justifiés par « Mon corps, c'est mon corps ! » Un jour, son épouse « oublia » sa pilule et se retrouva enceinte. Philippe espérait secrètement qu'elle allait garder ce bébé mais il n'en fut rien. Elle décida d'avorter et intellectuellement Philippe l'accepta. Le jour venu, il l'accompagna à l'avortement au cours duquel il eut un malaise et dut quitter la pièce. Il m'expliqua, très benoîtement, sans avoir conscience des mots précis qu'il utilisait : « Vous comprenez, j'ai perdu un enfant ». Je lui demandais comment il avait enterré cet enfant. Ma question le surprit ! J'insistais. Il devint clair qu'il avait perdu non un fœtus de quelques centimètres mais bien son troisième enfant. C'était sa représentation. Cette perte était immense pour lui et il n'avait pourtant rien fait comme rituel de deuil. Nous avons envisagé différentes façons d'enterrer cet enfant. Il a fait son choix et l'a réalisé et s'en trouva bien.

Un cas particulier est celui des personnes disparues dont on reste sans nouvelle (perdues en mer, corps non retrouvés, etc.) : l'incertitude quant à leur sort embrase et perpétue le déni habituel des premiers moments, de la première phase du deuil. Certaines sectes et religions annoncent elles aussi un retour du cher disparu, « comme avant ». Difficile de faire le deuil de quelqu'un qui pourrait revenir... Nécessité pour le thérapeute de la *question de l'anthropologue** pour comprendre les coutumes et croyances locales...

ANNONCER LE DEUIL NÉCESSAIRE ET SA DURÉE

• L'œil qui se mouille

Devant cette culture de la dignité, du courage face à l'adversité, après tant d'efforts consentis pour lutter, le déni du deuil à faire reste fréquent.

En consultation, fréquemment, l'œil du patient se mouille et je profite de cette manifestation « bien vivante » de l'émotion pour faire constater au patient que cette plaie est encore à *vif*...

Arnaud, la quarantaine, me consulte après 5 ans de dépression majeure. Son médecin et thérapeute vient de décéder inopinément. Je le questionne sur sa famille et quand je lui parle de son père, il me dit brutalement : « Ne l'appellez pas mon père, appelez-le mon géniteur, ou l'autre ou Bernard... » et son œil se mouille. Son thérapeute précédent lui avait fait de très (trop ?) nombreuses séan-

ces d'EMDR et d'IMO³⁸, une technique apparentée. Ce patient était convaincu que son litige avec son père était enterré alors que sa réaction émotionnelle et corporelle nous disait immédiatement le contraire...

• La durée d'un deuil...

Annoncer ce travail est une chose nécessaire : il y a de nombreux avis sur les façons de faire le deuil et sur sa durée : d'une culture à l'autre, bien sûr, mais même dans notre propre culture. Une littérature spécialisée y est consacrée. Certains parlent d'une année comme temps nécessaire : cela tient au fait d'avoir connu au moins une fois tous les événements marquants d'une année, chacune des saisons, sans la personne ou « l'objet » perdus. Je n'hésite pas à dire aux patients qu'il m'a fallu quatre années, il y a bien longtemps, pour faire le deuil de mon couple... même si les « grosses pièces du puzzle » étaient plus ou moins réunies un an plus tard.

• La fidélité

La fidélité à l'être aimé marque notre attachement dans la durée : il serait inconcevable de ne pas la manifester de mille et une façons. De la chambre gardée intacte de l'enfant défunt, à la garde-robe conservée précieusement en passant par les photos, fleurs, bougies et autres autels. L'oubli – impensable – serait la pire des ingratitude. Le thérapeute accueille avec respect ces expressions variées : il pourra même utiliser cette fidélité pour aider le patient à franchir cette douloureuse étape. Il annoncera que jamais cette perte ne sera à *cent pour cent* dépassée. Rappelons-nous le sens et l'utilité du *reliquat non résolu**.

Quand nous parlons de l'après-deuil, nous évoquons l'image de la *cicatrice* qui suit la plaie : ce n'est plus une plaie – avec sa douleur cuisante – mais jamais elle ne s'effacera tout à fait...

Brassens disait dans sa chanson « *Les copains d'abord* » : « *Quand l'un d'entre eux manquait à bord, c'est qu'il était mort et son trou dans l'eau jamais ne se refermait* ». Utilisant cette métaphore, nous explorons avec les patients comment combler progressivement ce trou, ce manque. Il faut beaucoup de délicatesse pour naviguer entre la légitime *fidélité* à la personne disparue et les nécessaires innovations – nouvelles activités, nouveaux amis, nouvelles valeurs, nouveau conjoint – qui vont progressivement reconstruire, remplir le trou, permettre à la personne de « sortir du trou » et de revenir à la surface.

• Le verre à moitié...

J'ai vu quelques parents réagir à la mort de leur enfant en disant : « Nous avons eu la chance de vivre à tes côtés X années ». Un patient avait

38. Intégration par les mouvements oculaires.

découvert sa mère – si aimante ! – morte « dans une auréole de sang » (sic). Il me dit combien cela lui avait fait mal au cœur. Douze jours plus tard, il faisait un infarctus, lui-même suivi d'un trouble anxieux... C'est ce trouble anxieux qui l'amena à consulter. Au cours de son « pire du pire » – précédemment décrit – il se rendit compte, je le cite, « de l'absurdité de ce qu'il me disait ». L'étape décisive de sa guérison, c'est le changement de sens (recadrage*) qu'il opéra lui-même. Il entendit à la radio Jean-Louis Trintignant parler de sa fille Marie, assassinée à 40 ans, en disant « J'ai eu la chance, Marie, de te connaître 40 ans ». Et le patient se mit à se réjouir d'avoir eu durant 50 années une mère particulièrement aimante... plutôt que de continuer à pleurer sa perte. Le verre à moitié...

La crise, un apprentissage ?

Un mûrissement ? Un chaos nécessaire ?

Dans leur réalité, leur Tao, ils voient le noir *et* le blanc. Reconstruire le trou béant survenu dans leur vie passe par cette idée simple – et pourtant si peu répandue – que si chaque médaille a son revers, *chaque revers a sa médaille*. Que vais-je apprendre, comment vais-je grandir dans cette expérience dont je ne perçois, pour le moment, que l'horrible douleur ?

Comment passer de « Sans elle/lui ma vie n'a plus de sens » à « Cette perte est un début plus qu'une fin » ?

Charles s'est remarié il y a 5 ans. Depuis 2 ans, il sait que son épouse souffre d'un cancer du sein. Tremblant littéralement de peur, il consulte. Lors du premier rendez-vous, nous envisageons le « pire du pire » (« Non, Docteur, ne me dites pas ça ! »). Au deuxième rendez-vous, il est beaucoup plus serein. Au troisième, toujours serein, il m'annonce que son épouse présente des métastases et que les médecins, sans le leur avoir dit encore, le savaient depuis le début. Ils ont des projets de fête d'anniversaire et même de déménagement. Et il ajoute « Vous savez Docteur, finalement ce qu'on vit, ce n'est pas le pire ».

COMMENT AIDER À FAIRE LE DEUIL ?

• **Utiliser la fidélité**

Une tâche « de fidélité » et une tâche « de reconstruction » sont proposées alternativement.

Philippe est mort à 26 ans dans un accident de moto et sa mère est écartelée entre sa fidélité au souvenir de Philippe – fidélité que nous prescrivons avec emphase – et le souhait de vivre mieux. Nous lui demandons ce que Philippe, là où il est maintenant³⁹, souhaite de mieux à sa maman : la souffrance ou le bien-être ? Elle répond qu'il la souhaite sûrement heureuse ! Nous lui demandons éga-

39. Chacun met ce qu'il veut dans cette notion et ça n'a le plus souvent aucune importance.

lement ce qu'il aimait particulièrement : il aimait les tulipes jaunes. Nous proposons à la maman de faire une semaine sur deux une sorte de petit autel avec la photo de Philippe, des tulipes jaunes et des bougies. La semaine suivante, toujours par fidélité à son fils (utilisation*), elle fera des choses nouvelles pour être mieux. Puisque c'est ce que son fils désire... Une semaine pour le deuil, une semaine pour le futur, toujours par fidélité. Si la maman suit cette prescription, elle sera déjà mieux une semaine sur deux. Dans notre expérience, les autels, fleurs et bougies disparaissent assez rapidement...

• Utiliser paradoxalement la fidélité

Un bébé est mort à la maternité. Sa maman rejette son fils de 12 ans, lequel fait des fugues. Elle rejette aussi amis et famille qui ne comprennent pas le besoin qu'elle a de cultiver son souvenir. Cette maman va très souvent au cimetière, a laissé intacte la chambre qu'elle avait préparée pour le bébé et lui achète des vêtements.

L'intervention a consisté, en anthropologue, à lui demander « les bonnes raisons qu'elle avait de faire ça ». Puis à aller avec elle une fois au cimetière et à lui prescrire de plus fréquentes visites encore. Le thérapeute a été jusqu'à lui acheter une babiole pour la chambre de bébé. Toutes les interventions du thérapeute, vous le remarquez, vont dans le sens du comportement de la maman et même au-delà : il va avec elle, là où la famille allait « contre elle », en s'étonnant du bras de fer ainsi créé. Comme ses proches lui disent « Mais non, ne va pas au cimetière, change sa chambre, arrête d'acheter des vêtements », elle ne se sent pas comprise et donc cesse de leur parler. « Ça ne sert à rien, de toute façon, ils ne comprennent pas ! ».

D'autre part, introduire une babiole dans la chambre de bébé, c'est casser un rituel figé : un élément étranger s'est introduit dans une structure rigide... Cheval de Troie.

• Construire le maillon manquant

Hélène, 45 ans, consulte avec sa fille Manon, 18 ans. Il y a quatre ans et demi, Hélène avait également un mari et un fils. Un dimanche après-midi ensoleillé, ils sont partis à quatre en voiture. Un autre automobiliste a perdu le contrôle de son véhicule et les a percutés de face. Le père et le fils sont morts sur place. Hélène resta dans le coma durant plusieurs semaines. Manon fut retrouvée errant dans les champs, hagarde. Elle resta en clinique pendant tout le temps où sa mère fût hospitalisée. Elle avait probablement vu son frère et son père morts. Mais à la clinique, on lui dit qu'ils étaient vivants dans un autre service. Elle ne connut la vérité que lorsque sa mère fut sortie de son coma. Les deux femmes n'ont donc pas vécu les rites de l'enterrement.

Lors du premier entretien, Manon me dit que son frère et son père ne sont pas morts, qu'ils vont revenir. Il y a quatre ans qu'on lui dit le contraire mais elle persévère dans son affirmation.

Comme dans le cas de Philippe, il manque un maillon à la chaîne des rituels de deuil : Manon n'a pas vécu l'enterrement. Nous cherchons quelqu'un de proche ayant vécu tout l'enchaînement des rituels et qui accepterait de le refaire avec nous. Son parrain accepte. Nous retournons sur le lieu de l'accident : Manon n'y

est plus allée depuis lors. Nous retournons à l'église puis au cimetière où le parain nous donne tous les détails sur la façon dont l'enterrement s'est déroulé. Enfin nous arrivons chez Manon qui nous montre la boîte où sont précieusement conservées les cartes de visite des personnes qui ont assisté à l'enterrement⁴⁰ et la cassette vidéo, enregistrée à la télévision locale, montrant ce fait divers. Elle exhibe également une photo de son père et de son frère, côte à côte sur leur lit de mort et une autre de leurs deux cercueils : l'un vernis pour l'adulte, l'autre peint en blanc pour l'enfant⁴⁰. Manon ne semble pas particulièrement émue, mais plutôt soulagée. Après cette consultation peu ordinaire, elle a vécu normalement et n'a plus jamais dit que son père et son frère allaient revenir...

Parmi les rituels non accomplis – et donc à accomplir par ou avec les patients – citons : visite au cimetière, retour sur le lieu de l'accident, écriture d'un éloge funèbre, consultation de photos, journaux, films ou cassettes concernant le disparu, port du deuil, visite à l'autel avec bougies et fleurs. Comme Erickson, le thérapeute utilisera aussi les proches. Parfois, comme on l'a vu, il augmentera paradoxalement les rituels existants là où l'entourage souhaite les voir cesser.

ENTERREUR, CONCLURE, FINIR : *L'UNFINISHED BUSINESS*

• Les explications

Parfois il est utile, pour faire son deuil, d'obtenir des explications sur ce qui s'est passé, ce qui peut nécessiter de revoir une personne dont on s'est séparé. Revoir Madame Ex, par exemple, non pour renouer ni pour polémiquer mais pour obtenir les éléments qui permettront de clôturer l'enterrement. Encore faut-il que Madame Ex soit d'accord...

Claude a quitté Michèle pour une autre : il est parti vivre à 300 km de là. Il s'occupe bien de ses enfants et téléphone même régulièrement à Michèle et lui adresse des SMS. Ce qui fait dire à Michèle « qu'elle ne peut pas lui en vouloir puisqu'il est gentil ». Je lui demande « Ça vous coûte cher? », ce qui la surprend... En effet, Claude l'a quittée sans explication, arguant qu'elle est trop fragile et, lors des échanges téléphoniques ou par SMS, il refuse de parler du passé. Michèle reste avec ses questions sans réponses, à ruminer sans savoir. Claude a accepté de venir à l'un des rendez-vous de Michèle pour lui dire enfin, sans polémiquer, les pourquoi de son choix. Michèle a accepté de ne pas parler lors de cette rencontre, de se contenter d'écouter. Elle put ainsi entendre enfin ce que Claude avait à dire, banal par ailleurs, mais qu'il lui fallait entendre. Le deuil pouvait commencer. Michèle quittait aussi son statut de « faible à protéger ». Sa colère pouvait enfin émerger, être entendue, être travaillée et disparaître...

40. C'est une coutume chez nous.

• Lettres de tristesse et de colère

Un outil traditionnel très utile est *la lettre à la personne perdue*. Certains, dont Nardone, font écrire une lettre *par jour*. L'écriture a des vertus très différentes de la parole.

Trois situations sont possibles :

- la personne n'est plus là : elle est décédée ou est très éloignée;
- la personne est accessible mais elle ou moi ne souhaitons plus de relation;
- une relation future est possible.

Dans les deux premiers cas, il n'y a pas de précautions particulières à prendre alors que dans le troisième, le patient ne souhaite pas hypothéquer l'avenir.

Tâche : Le patient est invité à écrire cette lettre pour y *déguerler* sa tristesse, sa colère et ses autres sentiments ou émotions : tout ce qui est dehors n'est plus dedans ! Le mot *déguerler* est délibérément choisi : ce que le patient a sur l'estomac va sortir en brûlant et ça va puer ! Les mots osés du thérapeute sont une métaphore réaliste de ce qui attend le patient : ça lui est annoncé comme tel. Il est prévenu que ce sera difficile et nauséabond d'écrire cette lettre. Il est important *qu'il vide complètement son sac*. Un abcès est incisé en croix et/ou méché pour assurer son drainage complet. Ne pas le vider complètement, c'est s'exposer à une récurrence.

Or, le patient dira « Oui mais c'est ma mère ; on a quand même eu des bons moments, c'est mon père et il a aussi des bons côtés, etc. » La condition de réussite sera donc celle-là : que malgré son ambivalence, il dise *tout ce qu'il a à dire* et ce n'est pas simple. C'est une lettre de colère (ou de tristesse), pas de compliments !

Quand cette lettre est terminée, nous nous revoyons : c'est lui qui aura fixé cette date. Je lui demande de venir avec sa lettre sous enveloppe fermée. Je ne désire pas la lire : je crois que ça n'a pas d'intérêt sauf si le patient le désire.

Nous allons réaliser un double rituel, d'enterrement et de crémation ! Comment ? Nous proposons au patient de creuser un trou – dans son jardin, dans la forêt... – dans lequel il va la brûler puis qu'il va refermer. Une variante est d'y planter un arbre : quelque chose vit, voire fleurit, là où est enterrée la lettre. Le patient peut également brûler ou enterrer une photo, un document officiel, etc. Une femme dépressive transportait dans son sac à main la carte d'identité de sa maman⁴¹ 20 ans après la mort de celle-ci. S'il est symboliquement important de conserver ainsi un peu de maman

41. Sa maman avait deux cartes d'identité dont une seule avait été restituée lors du décès.

auprès d'elle à longueur d'année, il sera symboliquement important de *s'en séparer définitivement*. Ce qui fut fait.

Imaginer la photo de « ce salaud qui m'a plaquée pour aller vivre en Amérique du Sud », l'imaginer en train de brûler, brunir, se tordre et se consumer dans le cendrier peut aussi être utile...

• Un deuil non fait ou... autre chose?

Sylvianne, 47 ans, consulte 4 ans après le départ de son mari. Elle avait épousé cet ex-séminariste se disant qu'avec lui, elle n'aurait rien à craindre sur le plan du sérieux ! Des années plus tard, son mari a rencontré quelqu'un sur Internet : il est parti vivre avec elle à 1 000 km d'ici. Récemment, Sylvianne a rêvé de son ex-mari, a tenté de chasser ces idées dérangeantes sans y parvenir. Elle s'en veut, coupable de penser encore à lui, alors qu'elle croyait « avoir enterré tout ça ». S'agit-il d'un deuil non fait ou d'autre chose ?

Pour nous, c'est un paradoxe : Sylvianne veut contrôler ce qui ne dépend pas d'elle, en pure perte bien sûr, la culpabilité en plus ! La tâche qui lui est proposée est paradoxale : si vouloir contrôler ses rêves les augmente, nous allons prescrire les rêves. Je demande à Sylvianne d'afficher dans sa salle de bain une photo de son ex-mari, de s'installer devant elle 10 minutes chaque soir avant de se coucher et d'y penser très fort, espérant en rêver toute la nuit. Quelques jours plus tard, Sylvianne dormait à nouveau bien...

On pourrait imaginer une longue thérapie ou une très longue analyse sur l'angoisse de séparation qui nous dirait l'âge du capitaine, le nom du bateau, l'état de la mer et la couleur du mât...

Suicide : éléments d'intervention

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. »

Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*

Il y a bien d'autres raisons que la dépression pour se suicider : nous resterons dans le cadre restreint du « Que faire quand je suis consulté par un patient dépressif qui vient de tenter de se suicider ? » Rencontrer quelqu'un que nous sentons en risque suicidaire, ou qui exprime des idées suicidaires ou qui a tenté de se suicider, c'est un moment d'émotion et de réflexion pour l'intervenant : cela ne s'apprend pas sur les bancs de la faculté. S'il a fait de la « relation d'aide » son métier, il aura « travaillé » cela dans son propre cheminement, sans doute dans sa propre thérapie, afin de ne pas polluer son patient avec ses émotions personnelles, afin de vivre au mieux pour lui, pour l'autre et pour la relation thérapeutique ce moment important. Important car une erreur dans le traitement d'un patient suicidaire peut être mortelle pour le patient et dévastatrice pour ses proches et pour le thérapeute.

LE SUICIDE, C'EST JE – ME – TUE

On ne choisit pas de mourir : nous n'avons pas ce choix, nous mourrons tous. Je choisis de mourir maintenant et de telle façon, cela, c'est le suicide. Le suicide est pour l'homme libre l'exercice de sa liberté. Sa vie n'est plus une fatalité mais un acte. Pour oser se suicider, il faut sans doute croire et agir comme s'il était plus facile de mourir que de vivre. C'est tout dire...

OSER EN PARLER

L'intervenant peut craindre d'aborder le sujet « des idées noires », de l'intention suicidaire. Nombre de soignants, nombre de proches aussi, confrontés à leurs propres émotions, hésiteront à dialoguer sur cette épineuse question. Rien de plus catastrophique pour le patient qu'un interlocuteur qui esquive...

Laurence, patiente dans la cinquantaine, « dépressive et alcoolique » me dit « qu'elle a des idées noires »... Quand je lui demande de quelles idées noires il s'agit, elle me dit qu'elle pense à des cordes... Quand je lui demande des précisions sur ces cordes, elle me dit qu'il s'agit de cordes oranges, en nylon, comme celles que l'on emploie pour ficeler les ballots de paille. Nous voilà donc partis dans la texture de la corde, sa couleur, la place du nœud à gauche ou à droite du cou, l'endroit choisi pour le geste irréparable, etc.

Laurence a une sœur dépressive, alcoolique et terriblement dépensière. Elle la soutient sur différents plans, perpétuant ainsi son problème avec d'excellentes intentions. Aujourd'hui, Laurence râle de participer à la préparation de la fête d'anniversaire de sa sœur. Entre autres raisons, parce que sa sœur a reçu le cadeau que Laurence lui a offert et n'a même pas pensé à la remercier... Et pourtant Laurence travaille encore pour elle aujourd'hui : elle n'a pas su dire non...

Je lui dis que je suis personnellement favorable au suicide quand cela paraît la dernière chose à faire pour moins souffrir. Que je n'ai donc pas de jugement moral particulier sur ce sujet. Je lui demande de me rendre un service avant de mourir : dire une fois « Non » à sa sœur avant de se supprimer. Se faire plaisir sur ce plan-là une fois avant de disparaître... Et ce serait gentil de bien vouloir me laisser une lettre me disant : « Docteur, avant de partir je me suis fait plaisir, j'ai dit non à ma sœur... ».

Vous devinez la suite...

Un peu plus tard dans la consultation, je lui dis : « Ne racontez pas cela à votre psychiatre parce qu'il ne l'admettrait pas et ne m'enverrait plus de patient. Or, quand vous serez morte, moi je dois encore continuer à vivre... Soyez gentille, faites cela pour moi... ».

Quand le patient sait que le thérapeute ne craint pas d'aborder ce sujet concrètement, il sait qu'il a en face de lui quelqu'un qui lui semble solide, qui ne va pas se décomposer ou s'esquiver à la première allusion. Laurence m'a plus d'une fois reparlé de cette consultation en disant combien elle l'avait aidée.

LE SUICIDAIRE NE SOUHAITE PAS MOURIR : IL SOUHAITE ARRÊTER DE SOUFFRIR...

Tous les hommes cherchent à être heureux, jusqu'à celui qui va se pendre, disait Pascal. Le suicidé meurt guéri et cette idée au moins est douce. Paix au suicidaire sur la terre comme au ciel, ajoute Comte-Sponville.

Dans cette grange où j'avais été appelé au milieu de la nuit, Georges s'était pendu. Il était mort. Je ne connaissais pas Georges, je n'étais pas son médecin traitant. J'ignorais – et j'ignore toujours – les causes de son suicide. Dans cette grange sinistre, le garde champêtre et l'ouvrier communal s'affairaient. Le champêtre dit « Mais enfin, Georges, pourquoi as-tu fait cela ? Tu avais tout pour être heureux »... Ces mots avaient résonné bizarrement dans ma tête et je ne savais pas encore qui – de Georges ou du garde champêtre – avait raison. Parce que l'un des deux, forcément, devait se tromper...

Le suicidaire ne veut pas mourir, il veut arrêter de souffrir. Notre première question sera la question de l'anthropologue* : « Vous avez sûrement de bonnes raisons... » Nous cherchons ainsi à comprendre le *pourquoi* de cette terrible souffrance. Il nous dit les pertes qui l'ont amené à tant de tristesse. Et nous disons volontiers : « Sachant tout ce que vous avez vécu, sachant combien cela a été pénible pour vous, je m'étonne que vous ne soyez pas *plus* déprimé, que vous n'ayez pas *plus* d'idées noires »... Et si le patient ne parle pas spontanément de ses idées noires, nous ajouterons : « N'avez-vous jamais pensé, dans vos moments de profonde tristesse, au suicide » ? Pouvoir dire ces phrases ouvre le plus souvent un dialogue où, d'entrée de jeu, le patient se sent entendu, compris, accompagné. Le silence poli ou gêné serait une occasion manquée, peut-être lourde de conséquences...

PAS DE JUGEMENT

Personnellement, je m'accorde le droit de me suicider. Peut-être un jour déciderai-je de mettre fin à mes jours parce que je jugerai, ce jour-là, que ce sera la meilleure chose à faire pour moi, ayant étudié tous les autres choix. Cela n'engage évidemment que moi, pas les thérapies brèves ! Le suicide est l'une des *franges de l'écharpe**. Comte-Sponville dira : « *La permanente possibilité du suicide rend la vie tout entière volontaire : on ne peut choisir d'être né, ni d'être mortel mais bien de vivre plus ou moins longtemps, de continuer ou pas à vivre. Selon quoi l'idée du suicide fait partie de l'arsenal de l'homme libre.* » Me donnant le droit au suicide, je peux reconnaître ce même droit à l'autre, en même temps que je peux dire la loi, loi qui impose de porter secours à une personne en danger et qui sanctionne celui qui ne le ferait pas.

De cette double position, celle de l'aide d'une part et celle de la contrainte légale d'autre part, peut jaillir un travail fécond semblable dans ses principes à celui de toute « aide contrainte ».

La question qui se pose quand un comportement nous paraît incompréhensible est, nous l'avons vue, la *question de l'anthropologue* : dans quel contexte, ce comportement a-t-il un sens ? Il y a forcément des raisons et elles sont bonnes. Et nous tombons dans l'évidence de l'autre... Ceci est l'inverse exact de la phrase « Tu as tout pour être heureux », entendue la nuit où Georges s'est pendu...

Or dans la vie de tous les jours, que de critiques, de jugements voire de punitions plus ou moins déguisées, par exemple dans les salles d'urgences, où certains sont parfois lourdement culpabilisants envers celui qui vient d'entrer dans le service après une tentative de suicide. Il est difficile pour des personnes dont le métier est de se battre pour sauver des vies d'accepter le geste de quelqu'un qui vient volontairement d'essayer de mettre fin à la sienne. Difficile de limiter l'agressivité de certains soignants... Où est la bienveillance ? Et comment cette culpabilisation agressive pourrait-elle aider celui qui déjà « souffre à mourir » ? Pas question à ce stade, d'une thérapie de changement, mais bien d'une thérapie de pansement*...

QUELLE EST CETTE SOUFFRANCE ? QUEL EST LE PROBLÈME ?

Nous appliquerons ici notre « grille personnelle », décrite dans notre premier ouvrage, pour cerner le problème. Et d'abord de définir *les faits* concrets qui posent problème à ce patient, à cette patiente. Puis *les sens*, les sens liés aux croyances, croyances elles-mêmes héritées des expériences passées. En quoi est-ce un problème pour lui ?

RECADRAGES

Quand on a compris le cadrage*, c'est-à-dire le sens donné aux faits par cette personne et qui dans ce cas-ci justifie qu'elle mette fin à ses jours, nous pouvons travailler pour prévoir un *recadrage**, c'est-à-dire un autre sens moins douloureux pour elle et qui n'est ni plus vrai ni plus faux qu'un autre, qui est simplement moins douloureux.

LES AUTRES SOLUTIONS

Le suicidaire face à ses difficultés essaye de nombreuses solutions : il se bat comme un beau diable, s'épuise puis *abandonne le combat*. Il croit *avoir tout fait* et ne voit plus d'autre solution que le suicide face à sa douleur. Dans le jeu de l'écharpe*, nous allons ensemble *élargir l'éventail des choix*. Il ne voyait pas d'autres solutions. *Il y a – peut-être – d'autres solutions...*

Fabian, la soixantaine, était un médecin que je connaissais. J'appris qu'il avait tenté de se suicider et était hospitalisé. En psychiatrie, on m'annonça qu'il était « difficile ». Son récit était un peu différent... L'urgentiste lui avait fait un lavage gastrique assez rude avant de lui annoncer, triomphante : « On vous a quand même sauvé la vie » ! De là où il était, il ne voyait pas exactement les choses comme ça... Arrivé en psychiatrie, il avait « le pyjama de sa petite sœur » :

entendez par là que le pyjama qu'on lui avait prêté était beaucoup trop petit pour lui. Et que cet homme, d'habitude très coquet et fier, me reçut affublé d'une barbe de 3 jours et vêtu d'une chemise sale. Sans lien actuel avec ses proches, il n'avait aucun effet de toilette ni de linge à sa disposition.

Je lui dis que pour vouloir mourir, il devait souffrir beaucoup. Lui demandant « les bonnes raisons » de sa souffrance (anthropologue*), il m'expliqua le combat de ces quatre dernières années : sa femme partie, aucun enfant ne lui parlant plus actuellement, de gros soucis professionnels, de gros revers financiers, des combats juridiques répétés, des « négociations » avec les huissiers, les banques, l'Ordre des médecins... Fini le paraître, les costumes trois pièces et les voitures de luxe : il tombait de haut... J'écoutais. Je n'avais pas – heureusement – à juger ! Il m'expliqua ses luttes, ses doutes, ses désillusions. Son épuisement enfin, ce ras-le-bol quasi terminal...

Je lui ai dit que combien je comprenais son combat et admirais son courage. Que personnellement, je me donnais ce droit au suicide. Que c'est la frange la plus chère et la seule définitive de l'écharpe à franges*. Qu'il y avait peut-être d'autres solutions, peut-être d'autres ressources internes et externes à mobiliser et que j'étais derrière lui pour cela.

Je lui ai apporté un pyjama, un rasoir, de la mousse à raser, du gel douche etc. Quelques friandises aussi. Et nous avons eu une deuxième longue conversation au cours de laquelle je lui annonçais mon très prochain départ en vacances pour 3 semaines. « Peut-être seras-tu là à mon retour, peut-être pas. Et si tu es là, nous continuerons cette conversation. Et si pas, où que tu sois enterré, où que tes cendres soient dispersées, j'irai te redire mon respect pour ta décision et mon amitié. » À mon retour, il était rentré chez lui. Nous avons continué nos conversations... Je n'avais ni les moyens ni l'envie de l'empêcher de choisir sa vie comme sa mort... Simplement, après l'avoir accueilli, être avec lui en tant qu'homme. Et derrière lui dans sa résolution de problèmes, la diminution de sa souffrance, la mise en image de ses objectifs et le chemin qui y conduit...

Je cite François Roustang dans *Savoir attendre pour que la vie change* (Odile Jacob, Paris, 2006) : « Il y a de nombreux humains qui se laissent mourir et d'autres qui se laissent vivre. Ce qui nous passionne c'est d'amener quelques-uns avec la plus grande lucidité et le plus grand courage possibles à décider de leur vie et de leur mort. [...] »

Nous ne voulons pas guérir, nous ne voulons pas que l'interlocuteur se tourne vers la vie, vers le renouvellement de son existence, donc vers le changement favorable. Nous voulons seulement qu'il en décide. Et c'est pourquoi nous ne pourrions jamais nous prévaloir de la bonne issue d'une cure, c'est lui qui l'a opérée. Nous n'aurons pas davantage à nous désoler de nos revers qui ne sont pas encore faits, si du moins notre présence, notre intelligence et notre détermination ont poussé notre visiteur à la croisée des chemins ».

Il y a, bien sûr, 1 000 autres façons d'aborder le patient suicidaire. Pardonnez-moi si certains propos vous ont choqués : ils n'engagent que moi. C'est ce que je pense à ce moment de ma vie. Peut-être en ira-t-il autrement à un autre moment ?

QUE RETENIR ?

Le patient vit avec un conscient et un inconscient. Nous activerons l'un et l'autre.

L'autohypnose négative du déprimé est une transe. Nous pouvons l'aborder, très poliment, par son *souci majeur*, plutôt qu'avec notre vision médicale. Cet *hameçon* permettra à son inconscient de *faire son travail*.

Le mûrissement fera consentir à la perte, utilisant les phénomènes hypnotiques, les métaphores, les surprises, les confusions et toute la panoplie des outils de l'hypnothérapie éricksonienne, à un niveau analogique plutôt que logique.

La thérapie stratégique (thérapie systémique brève, thérapie orientée vers les solutions, etc.) et l'HTSMA se mélangeront très subtilement dans une hypnose informelle (dite conversationnelle) vers les mêmes buts, comme les deux moteurs d'un avion le poussent dans la même direction.

4

Alcoologie : méthode et évaluation du modèle solutionniste de Bruges

L. Isebaert



Le modèle de Bruges : réflexion sur la structure des habitudes

Dans le modèle de Bruges, avatar de la thérapie orientée solutions de Steve de Shazer, la notion d'habitude joue un rôle important. Une définition possible de l'être humain – ou à tout le moins de sa personnalité – serait de dire qu'il est la somme de ses habitudes. Les pathologies pourraient être décrites (à côté d'autres définitions) comme des habitudes non souhaitées, que l'on a et que l'on produit bien qu'on ne le veuille pas : des habitudes qui ne seraient pas en accord avec nos choix existentiels.

Les choix existentiels seraient alors ce que nous nous disons que nous souhaitons être, par exemple : quel père, quel grand-père, quel époux, quel médecin, quel voisin je voudrais être. Nous vivons (plus précisément, nous produisons des habitudes) conformément à qui nous voudrions être. Les habitudes qui ne s'accordent pas avec ces choix sont alors considérées comme non satisfaisantes, non souhaitées et pathologiques.

Ainsi, les habitudes de boire d'un alcoolique ne sont pas conformes à un choix existentiel : trop boire peut être un choix ou pas au quotidien; le choix d'être un bon alcoolique – ou un bon fumeur – est difficilement imaginable.

Il est vrai que bien des fumeurs et des alcooliques prétendent qu'ils n'ont pas envie d'arrêter. Ce n'est pourtant pas l'envie qui leur manque. Après avoir vainement essayé bien des fois d'arrêter ou au moins de diminuer leur consommation, ils sont arrivés à la conviction que cela leur sera trop difficile. S'ils pouvaient arrêter sans peine et sans sevrage, ils s'arrêteraient tout de suite. Ils sont même d'accord pour faire des efforts s'ils peuvent être raisonnablement sûrs d'un bon résultat. La tâche du thérapeute sera donc d'accroître leur confiance dans leur capacité de se prendre en mains et de vivre comme ils le souhaitent.

Pour vivre en accord avec nous-mêmes, nos habitudes doivent être suffisamment congruentes avec nos orientations existentielles. Il ne faut pas croire cependant que tout choix au quotidien doit nécessairement correspondre à un choix existentiel. Il nous arrive à tous par moments de trop manger ou de trop boire, ou de nous disputer et de dire des paroles blessantes à quelqu'un que nous aimons beaucoup. Nous avons tous aussi des petites manies ou des habitudes que nous ne souhaitons pas avoir, mais qui ne doivent être considérées comme pathologiques que si elles acquièrent trop d'importance. Ainsi, nombre d'entre nous ont des petites phobies (des souris p. ex. ou des araignées, ou des ascenseurs) ou des petites obsessions ou compulsions (la porte de la maison était-elle bien fermée avant de partir? Le réchaud est-il bien éteint? Etc.) Si cela ne porte pas trop à conséquence, ce sont là des habitudes comme les hommes en ont et sans lesquelles la vie serait peut-être trop monotone. Mais à partir du moment où certaines de nos habitudes entraînent trop de désagréments et de limitations (à nous-mêmes comme aux autres), nous pouvons dire que ces habitudes sont en contradiction avec nos choix existentiels et qu'elles sont pathologiques.

L'objectif d'une thérapie est alors d'aider le patient à développer de nouvelles habitudes ou de retourner à des habitudes préexistantes qui seront plus satisfaisantes et s'accorderont mieux avec ses choix existentiels. Le thérapeute doit aider le patient à créer un contexte dans lequel il ne sera plus contraint de produire une habitude non souhaitée, mais où il pourra à nouveau librement choisir entre différentes habitudes.

Fréquemment, il suffit pour cela d'aider le patient à introduire un petit changement dans l'habitude problématique. Il prend confiance dans ses possibilités et il développe une nouvelle habitude ou revient à une ancienne.

Dans les cas chroniques cependant, il n'est généralement plus possible de revenir à une ancienne habitude. Chez ces patients, le thérapeute doit soutenir pendant un laps de temps prolongé la nouvelle habitude qui est en train de se créer, la relancer plusieurs fois après une « rechute » provisoire, jusqu'à ce que cette nouvelle habitude soit suffisamment automatisée pour que le patient puisse vraiment choisir entre l'habitude pathologique, non souhaitée, et la nouvelle habitude souhaitée.

Ainsi, la liberté de choisir correspond, suivant le modèle de Bruges, à la liberté de choisir entre différentes habitudes. Quand le patient ne sait pas ce qu'il veut (bien des patients n'ont conscience que de ce qu'ils ne veulent pas), une anamnèse détaillée des habitudes existantes peut montrer le chemin. Il sera alors utile pour le thérapeute de savoir comment est structurée une habitude.

De quoi sont donc composées les habitudes? Quelle est leur structure, leur dynamique? Comment naissent-elles et comment sont-elles perpétuées?

Des théories cognitivistes, nous connaissons une structure triadique des habitudes, composée de cognitions, d'émotions et de comportements. C'est là la structure de base des habitudes.

Nous trouvons une description analogue chez Aristote. Dans son traité sur la rhétorique, il décrit une triade qui se prête bien à une réflexion sur la nature des habitudes : Il s'agit de la triade *logos* – *pathos* – *ethos*, qui peut être complétée d'un quatrième élément : l'*oikos** :

– le *logos* peut signifier le discours intérieur, comment la réalité est décrite avec des mots. Il peut également avoir le sens de la compréhension rationnelle, cognition, description raisonnée de la réalité, sens ;

– le *pathos* signifie affect, émotion sentiment ;

– l'*ethos* a deux orthographes en grec et deux sens.

- l'*éthos* (avec epsilon) signifie comportements habituels, choisis ou non choisis,

- l'*èthos* (avec êta) signifie projection dans l'avenir, choix existentiels et principes moraux : quel père, quel soignant, quel fils, quel conjoint je veux être ? (voir plus loin « Testament spirituel ») ;

– l'*oikos* est le contexte de l'habitude⁴².

En outre, les habitudes peuvent être décrites à trois niveaux : le niveau conscient, inconscient et interactionnel.

Cette séparation entre différents éléments et niveaux est artificielle. Elle sert à permettre une description précise suivant des discours traditionnels. Mais nous pensons qu'il est utile de comprendre une habitude comme une entité, une seule *Gestalt*, que nous pouvons considérer sous ses différentes facettes mais qui reste une unité. Il serait dans ce sens erroné de dire que les pensées *influencent* les émotions, ou que les actions *sont induites* par les émotions : cognitions, émotions et actions seraient trois facettes d'une *Gestalt*, et le changement de pensée aurait comme corollaire un changement d'émotion, etc.

En pratique...

Il est donc utile de prendre en compte les quatre éléments de l'habitude et leurs différents niveaux pour trouver des voies d'approche thérapeutique.

Souvent, les patients souffrent dans le contexte problématique. Ils voudraient qu'on leur enlève au plus tôt cette souffrance. Julie voudrait être

42. Le lecteur qui souhaite un développement sur ce point dans le contexte des habitudes, écrit par Luc Isebaert, peut en faire la demande par mail à l'adresse suivante : espacedupossible@skynet.be.

délivrée de son angoisse, Madame Seguin de ses douleurs à la nuque. Mais du fait du caractère spontané des émotions, il est rarement possible d'influencer directement le *pathos*. Le modèle proposé montre que l'habitude change, quel que soit le mode d'entrée.

Il s'ensuit qu'il est souvent utile de toucher brièvement aux quatre éléments lors de l'analyse du problème. Il en va de même lorsqu'on donne des tâches d'observation ou qu'on demande au patient de décrire l'état souhaité. Ainsi, quand on propose une projection dans le futur (comme la question miracle), on peut demander :

- À quoi vous apercevriez-vous que le miracle a eu lieu?
- Qu'est-ce que vous feriez alors?
- Qu'est-ce que vous ressentiriez à ce moment-là?
- Qu'est-ce que vous vous diriez?
- À quoi est-ce que vous penseriez?
- Qui d'autre serait là? Qu'est-ce qu'eux remarqueraient? Comment réagiraient-ils? Et quelle serait votre réaction à leur réaction? Etc.

Ainsi, l'état souhaité devient de plus en plus clair. Le paysage de la vie souhaitée est dépeint sous ses différents aspects et une carte se dessine qui indique les voies à prendre.

Avant de conclure, une remarque encore sur les rechutes.

Les habitudes sont de la mémoire incarnée : des patterns de *logos* – *pathos* – *ethos* que nous mémorisons dans la répétition et qui, une fois suffisamment pratiqués dans leur contexte, se sont automatisés. Cette automatisation, qui au niveau du vécu entraîne une impression de nécessité, d'évidence ou de compulsion, a un fondement neuroanatomique.

Pour chaque nouvelle habitude que nous acquérons, de nouvelles connexions s'établissent et un nouveau circuit se crée dans le cerveau, dans lequel l'amygdale semble jouer un rôle de « central téléphonique », et dans lequel interviennent de façon régulière le système limbique (*pathos*), le cortex frontal (*èthos*, *logos*), le cortex temporo-pariétal (*éthos*), et bien entendu d'autres régions du cerveau. Ainsi, chaque habitude a son substrat anatomique. Pour établir ce circuit, il suffit tout simplement de répéter suffisamment de fois la même habitude dans son contexte.

Certains patients, tout contents d'avoir trouvé une solution à leurs problèmes, la répètent spontanément, l'adaptent jusqu'à ce qu'elle convienne tout à fait à leurs besoins et l'automatisent. Ils n'ont pas besoin de thérapie pour cela, la thérapie est brève.

D'autres, plus particulièrement les patients chroniques, ont besoin de plus d'accompagnement : tout ce qui est nouveau, même si c'est une amélioration, les déroute. Et il faut régulièrement relancer la routine jusqu'à ce qu'elle soit bien automatisée.

D'autres rechutent. Ils avaient trouvé une solution, l'avaient mise en œuvre et la répétaient. Elle leur devenait familière, on les croyait sortis de

l'auberge ! Et voilà qu'ils retombent dans leurs anciennes habitudes, qu'ils se remettent à fumer, à boire, à déprimer, à s'angoisser, etc.

Encore, s'ils ont des excuses biologiques, comme une psychose mania-codépressive, nous le comprenons. Ou si un événement pénible est survenu : un deuil, une séparation, un traumatisme. Mais qu'en est-il de tous ceux qui se remettent à boire, à fumer, à faire des excès boulimiques sans raison apparente, comme par hasard ?

C'est qu'une habitude, une fois bien apprise, bien automatisée, ne peut pas se désapprendre. Elle reste anatomiquement inscrite dans le cerveau, et il suffit que son contexte survienne pour qu'elle redevienne disponible.

Un exemple : supposons que vous avez appris à rouler à vélo quand vous étiez jeune. Habitant une grande ville, vous n'avez plus pratiqué la bicyclette pendant 15 ans. L'occasion se présente et vous enfourchez à nouveau un vélo : il ne vous faudra pas 10 minutes pour retrouver vos anciennes routines. Refaites cet exercice tous les jours pendant une semaine, et vous ne devrez même plus faire attention à ce que vous faites : les automatismes se sont remis en place.

De même, quelqu'un qui s'était arrêté de fumer pendant 2 ans raconte comment il s'y est remis : il a fumé une cigarette chez des amis, une seule. Le lendemain, sans même en avoir particulièrement envie, il en a fumé une autre. Le surlendemain de même et au bout de 2 semaines, il en était à nouveau à un paquet par jour.

Que s'est-il passé ? Il a, plusieurs fois de suite, répété un comportement similaire à son ancienne habitude. Le cerveau a décodé ceci comme un retour à cette habitude. Sans que consciemment le sujet le choisisse, son cerveau a « choisi pour lui » et a remis en place l'automatisme : *logos* (allumer la cigarette sans réfléchir), *pathos* (*craving*), *éthos* (les mêmes gestes, la même aspiration profonde), *èthos* (je suis dépendant, je n'ai pas de volonté.)

Que résulte-t-il de cet état de choses ?

– Une habitude ne peut pas se désapprendre. Une habitude « perdue » ne l'est jamais tout à fait. La tâche du thérapeute sera d'aider le patient à mettre en place, dans le contexte de la « mauvaise » habitude, une « bonne » habitude, plus satisfaisante. Au patient de choisir entre ces deux habitudes. S'il ne pratique que la nouvelle, c'est celle-ci qui surviendra automatiquement. Mais s'il se permet de faire de façon répétitive quelque chose qui ressemble fort à la « mauvaise » habitude, il est en danger de rechute.

– Il est donc important que la nouvelle habitude soit aussi différente que possible de l'ancienne sinon, le risque que l'ancien circuit soit réactivé est réel. Ceci est important par exemple dans les troubles du comportement alimentaire ou chez les alcooliques qui choisissent la prise de boisson contrôlée, où l'ancienne et la nouvelle habitude auront nécessairement de nombreux points en commun.

– Si le patient est en rechute, la « bonne » habitude reste, elle aussi, à sa disposition. S’il la pratique à nouveau avec assiduité, c’est elle qui reprendra le dessus.

– La rechute peut être considérée comme une *tentative de contrôle des symptômes qui n’a pas réussi*. Vue sous cet angle, elle constitue aussi un essai de redéfinir les habitudes (recadrage) et de repenser les conditions dans lesquelles elles s’appliquent.

Traitement de l’abus et de la dépendance alcoolique

La thérapie orientée vers les solutions (TOS)*, plutôt que de s’appesantir sur le problème, ses rechutes et les déficits du patient, s’orientera à tout moment vers les exceptions au problème (comment fait le patient quand il ne boit pas, car il ne boit pas toujours), la solution future (l’état désiré), les ressources dont le patient dispose, les moindres progrès (*minimal change*) qu’il réalise, utilisant pour cela un questionnement et des échelles de façon très spécifique.

Hypothèses utiles

« L’ALCOOLISME EST UNE CONDUITE IMMORALE »

Trop boire a toujours été considéré comme immoral. Noé déjà perdit son honneur devant ses fils, devenant ainsi le premier d’une longue série de parents qui se disqualifient aux yeux de leur famille par l’abus de boisson. Manque de volonté, faiblesse de caractère, hédonisme et égoïsme, psychopathie : ce sont là quelques qualifications, quelques hypothèses basées sur la morale. Le buveur est censé se sentir coupable et se convertir vers une conduite de vie plus responsable et respectable.

Ces visions ont protégé d’un abus prolongé d’innombrables personnes qui ne boivent trop que de temps en temps. Le lendemain, elles ont honte de leur excès et elles veillent à ce que cela ne se reproduise pas trop vite. Nombre d’anciens buveurs aussi se motivent pour l’abstinence en se souvenant des horreurs qu’ils ont commises quand ils buvaient.

Il en est un peu différemment pour ceux qui sont encore en train de boire.

D’abord, l’alcool est un puissant dissolvant pour les sentiments de culpabilité. Un ou deux verres seulement, et déjà la faute pèse moins lourd sur les épaules. Quand les remords du lendemain le tenaillent, l’alcoolique a son remède éprouvé à portée de la main.

Ensuite, la projection de la culpabilité est là qui permet de rejeter la faute sur les autres. Pour nombre de femmes alcooliques en particulier, le dégoût de soi est insupportable. Heureusement, leur mari est à leur disposition : par ses absences, son manque d’attention et de tendresse, etc.,

il a proprement poussé la patiente vers la bouteille. Il lui semble clair qu'elle ne pourra pas s'arrêter tant qu'il ne change pas son attitude.

L'hypothèse de la faute morale s'avère ainsi d'une grande utilité dans la prévention. Dans le traitement, elle est plutôt contreproductive.

« L'ALCOOLIQUE EST UN MALADE »

L'hypothèse selon laquelle il faut considérer l'addiction comme une maladie constitua un grand pas en avant. Les fondements biologiques et psychologiques de l'addiction devinrent objet de recherche scientifique. L'alcoolique fut considéré comme un patient qu'il est possible de prendre en traitement. Des stratégies thérapeutiques furent développées qui répondaient aux troubles physiologiques et psychologiques.

Pour motiver le patient à faire un choix réfléchi quant à la boisson, il est important de bien l'informer sur son état de santé actuel et sur ce à quoi il peut s'attendre s'il continue à boire.

Malheureusement, l'hypothèse de l'alcoolisme comme maladie est souvent interprétée de façon contreproductive. On considère alors l'addiction comme une maladie incurable. Le patient peut être en rémission, mais la moindre consommation entraîne la rechute. « Alcoolique un jour, alcoolique toujours », « La rechute commence avec le premier verre ». Ces thèses mènent à une attitude proprement phobique, à une fixation sur le problème. La peur de la rechute amène le patient à penser quotidiennement à l'alcool : « Je suis un alcoolique, mais aujourd'hui je ne boirai pas ». Rendant ainsi la rechute plus probable...

L'ALCOOLISME EST UNE « HABITUDE »

L'hypothèse selon laquelle l'addiction, comme tout comportement, peut être considérée comme une habitude (ou, mieux encore, comme un ensemble d'habitudes) complète les deux hypothèses précédentes.

Les sciences cognitives ont montré que, comme toute habitude, la dépendance psychologique a un substrat neuroanatomique. Notre modèle s'en est inspiré pour développer des stratégies de gestion de la rechute.

D'après cette hypothèse, les habitudes relatives à la dépendance ou à la consommation excessive, une fois acquises et automatisées, restent disponibles même après des années de non-utilisation. L'objectif du traitement est alors d'aider le patient à développer de nouvelles habitudes qui pourront être mises en place dans le contexte où auparavant se produisait l'habitude addictive.

L'abstinence n'est alors pas un but, mais un moyen librement choisi pour atteindre d'autres objectifs : ceux que visent les nouvelles habitudes. Le patient est en danger de rechute quand un comportement qui ressemble beaucoup aux conduites addictives est répété à des intervalles suffisamment courts. Le cerveau reconnaît ceci comme une demande de réactiva-

tion de l'ancienne habitude. L'habitude étant une unité, le *pathos* (l'envie de boire) et le *logos* (les histoires que se raconte le patient comme alcoolique) sont aussitôt réactivées.

Protocole pour le traitement ambulatoire des alcooliques

PREMIÈRES SÉANCES

Le thérapeute construit une *relation respectueuse*.

Le patient formule-t-il une demande d'aide en ce qui concerne ses problèmes avec l'alcool? Ou est-ce qu'il nous est amené ou envoyé pour que nous lui appliquions un traitement que lui-même ne demande pas? Nous disons alors que *la relation thérapeutique est non engagée* (ou *relation de passants*, cf. Isebaert & Cabié, 1998). Le thérapeute qui essaierait de l'aider pour ses problèmes d'alcool ne susciterait que de la résistance. Il commencera plutôt par une conversation respectueuse dans laquelle il s'intéresse à tout ce que le patient possède comme qualités, ressources, aptitudes, savoir-faire. Il montre son intérêt et complimente le patient sur ses accomplissements. Il vise ainsi à établir une relation dans laquelle il est clair que les possibilités et le fonctionnement positif du patient sont considérés comme plus importants que ses dysfonctionnements.

Nous formulons le postulat selon lequel, si un alcoolique ne demande pas d'aide, ce n'est pas parce qu'il ne souhaite pas être aidé, mais bien plutôt parce qu'il est persuadé que nous ne pouvons pas l'aider. Il ne s'estime pas capable d'arrêter ou de contrôler sa consommation. Cette première partie du traitement sert alors à accroître, dans le contexte de la relation thérapeutique, sa confiance en lui et dans le thérapeute. « Si celui-ci voit tant de compétences et de possibilités en moi, peut-être pourrons-nous trouver ensemble une solution à ces problèmes qui me semblaient insolubles ».

Cette première phase dure généralement une vingtaine de minutes mais peut aussi durer quelques jours avec des patients hospitalisés. Le temps que, une fois le sevrage obtenu, le patient retrouve ses capacités de raisonner.

Le thérapeute peut alors demander si le patient souhaite éventuellement être aidé pour d'autres problèmes que celui de sa consommation d'alcool : peut-être sa femme menace-t-elle de le quitter? Ses enfants risquent-ils de lui être retirés? Est-il en danger de perdre son emploi? Lui a-t-on enlevé son permis de conduire? Un juge a-t-il ordonné une obligation de soins? Dans la discussion qui s'ensuit, il pourra se trouver amené à formuler une demande d'aide relative à sa toxicomanie. Ce n'est qu'alors, après qu'il ait formulé cette demande, que l'entretien s'orientera sur les problèmes d'addiction, avec, par exemple, une anamnèse de sa consommation.

Si le patient demande notre aide pour ses problèmes avec l'alcool, la relation sera probablement une *relation de recherche* (ou *relation de cher-*

cheurs, Isebaert & Cabié 1998) : le patient voudrait bien arrêter ou limiter sa consommation, mais il est persuadé qu'il en est incapable : « L'alcool est plus fort que moi ». Contrairement à d'autres approches, où l'alcoolique doit reconnaître son impuissance face à l'alcool, nous pensons qu'il est important d'aider le patient à recouvrer son libre arbitre. Plutôt que de se dire : « L'alcool est plus fort que moi », il se dira : « C'est à moi de choisir si je bois ce verre ou si je ne le bois pas ». Et plutôt que de se dire : « Je ne peux pas boire », il se dira « Je ne veux pas boire ».

Il s'agira alors d'aider le patient à découvrir ses propres capacités de contrôle et, là où cela s'avère nécessaire, de lui suggérer des stratégies utiles.

L'anamnèse ne cherchera pas seulement combien le patient boit trop, mais surtout s'il a déjà connu des périodes d'abstinence et comment il y a réussi : s'il boit moins certains jours, dans certaines circonstances, et comment il fait. S'il boit irrégulièrement, comment il a fait dans le passé pour se sortir des périodes de consommation excessive. Et en général, quelles variations existent dans ses habitudes de boisson.

On commence le sevrage. Le thérapeute discute avec le patient et son entourage *quel choix, de l'abstinence ou de la prise de boisson contrôlée*, constitue le meilleur choix. *Ce choix revient au patient*.

Voici quelques critères qui peuvent être utiles. Le thérapeute peut les mentionner à titre d'information, sans les imposer :

- lorsqu'il y a dépendance, et en particulier en présence d'une dépendance physiologique avec symptômes de sevrage, il s'avère très difficile de passer directement de la dépendance à la prise de boisson contrôlée. Une période d'abstinence prolongée (de l'ordre de 3 à 6 mois) permettra d'exercer les nouvelles habitudes dans toutes les circonstances où le patient a tendance à boire. Ce n'est que lorsque celles-ci sont bien automatisées que le patient sera vraiment libre de choisir entre ses anciennes et ses nouvelles habitudes;

- même quand il n'existe qu'un abus dépendant du contexte, sans dépendance physiologique, il est important de ne pas boire pendant quelque temps dans les circonstances où ordinairement le patient boit trop (p. ex. pendant les week-ends, quand il se sent angoissé, seul, incompris etc.). Ainsi des habitudes alternatives pourront être testées et mises en place;

- les examens biologiques nécessaires sont faits et le patient est informé de son état (l'état de son cerveau, de son foie etc.), et des dangers qu'un abus prolongé représente pour lui;

- s'il fait un choix irréaliste, il est rarement utile d'essayer de le persuader qu'il fait erreur. Il est préférable de lui proposer un défi, par exemple : « Vous pensez donc que vous arriverez à vous limiter à 10 verres par jour. Personnellement, j'ai du mal à y croire. Vous seriez le premier de mes patients à y réussir. Mais bon, si vous le voulez, moi je suis d'accord que vous l'essayiez. Êtes-vous d'accord, si vous n'y arrivez pas, de faire

comme moi je vous le propose? » La contre-proposition est alors le choix entre deux à trois verres par jour (difficile à tenir), avec un à deux jours sans alcool par semaine, et l'abstinence totale pour une période suffisamment longue pour que de nouvelles habitudes puissent s'automatiser (plus facile, et donc recommandé).

Si le patient choisit l'abstinence et s'il n'a pas encore arrêté de boire, il y a lieu de demander s'il veut faire le sevrage en hospitalisation ou chez lui. S'il choisit cette dernière solution, il faut convenir des mesures nécessaires pour éviter un sevrage dangereux (crises épileptiques, delirium tremens). Les proches feront des contrôles toutes les 2 heures : pouls, pression sanguine, température, tremblements. Le médecin de famille devra voir le patient au minimum une fois par jour et surveiller la prise de benzodiazépines.

Dans la mesure où elles n'ont pas encore été faites, on demande les investigations somatiques nécessaires. Celles-ci serviront à juger de l'état du patient et à en discuter avec lui (examens de laboratoire, échographie de l'abdomen, EEG (électroencéphalogramme), EMG (électromyogramme), CT (tomodensitométrie), etc., suivant l'état du patient). Les examens neuropsychologiques servant à déterminer une éventuelle atteinte cognitive ne deviennent fiables au plus tôt qu'après 3 semaines de sevrage.

On donne au patient les informations nécessaires pour qu'il puisse faire un choix informé. Même si l'on dispose d'une plaquette ou d'un livre décrivant les effets nocifs de l'alcool, il demeure important de donner un certain nombre d'informations personnalisées qui tiendront compte de son état de santé et de ses circonstances personnelles. C'est sur cette base qu'une stratégie efficace pourra être négociée.

Le choix des mots sera simple, il tiendra compte de la culture du patient. Il vaut mieux diviser l'information en plusieurs plages courtes plutôt que de tenir un long exposé : la capacité d'attention d'un alcoolique est courte. Le ton sera informatif et neutre plutôt que persuasif ou autoritaire.

Le thérapeute s'informe des efforts que le patient a déjà faits et il n'est pas avare de ses compliments, de préférence indirects : « Comment avez-vous réussi à... ». Il s'intéresse aussi aux difficultés des proches ainsi qu'à leurs tentatives d'aide au patient. Il se montre respectueux envers les éventuelles fonctions positives de la prise d'alcool et il promet d'y revenir (angoisse, deuil, traumatismes, phobie sociale etc.). Si nécessaire, il traite (dans un esprit solutionniste) des questions de codépendance.

Se basant sur la théorie des habitudes, il commence à parler de la gestion de la rechute. Si le temps le permet, il parcourt déjà le protocole des habitudes avec le patient. Sinon, il le donne en priant le patient de s'en servir comme base de réflexion avec ses proches, pour revenir dessus lors du prochain entretien.

Le patient et ses proches sont libres de choisir quel doit être l'objectif du traitement. Si le thérapeute dit au patient ce qu'il doit faire, il suscite la résistance et l'empêche de se prendre en main lui-même. La question n'est pas « Quels sont les objectifs du thérapeute ? » mais « Quelle vie le patient et ses proches veulent-ils vivre dorénavant ? ».

Nous considérons que le travail thérapeutique ne se fait pas en séance, mais à la maison. Les tâches sont de ce fait un outil important. La *double feuille d'observation* (fig. 4.1) permet d'enregistrer *le contrôle qui existe déjà*.

La première feuille (*Journal de boisson*) permet d'enregistrer les éventuelles prises d'alcool. Dans la deuxième (*Journal d'abstinence*), le patient note les occasions où il avait tendance à boire mais où il n'a pas bu.

Journal de boisson

Jour	Heure	Combien	Où	Avec qui	Pourquoi	Comment avez-vous arrêté	Commentaires
Lun							

Journal d'abstinence

Jour	Heure	Intensité de l'envie (de 0 à 10)	Où	Avec qui	Pourquoi	Comment avez-vous réussi	Avec quelle facilité?
Lun							

1^{re} colonne : le jour de la semaine. Tous les jours sont marqués, ceux où le patient n'a pas bu comme ceux où il a bu.

2^e colonne : l'heure.

3^e colonne : dans le journal de boisson : quelle boisson a-t-il bu et combien? Le thérapeute avertit que les occasions où le patient aura bu peu l'intéresseront beaucoup plus que celles où il aura trop bu. Dans le journal d'abstinence : quelle était l'intensité de l'envie de boire (échelle de 0 à 100).

4-6^e colonne : quelle était la nature du sentiment qui a donné lieu à l'envie de boire? Était-ce une simple envie, un sentiment de solitude, d'angoisse, le sentiment d'obligation de faire comme les autres, etc.? Si le patient a bu, ces données aideront à orienter la prévention et la gestion de la rechute.

7^e colonne : la plus importante du journal. Si le patient a bu, et particulièrement s'il a bu moins que d'habitude dans ces circonstances, *comment a-t-il fait pour s'arrêter?* Et dans le journal d'abstinence : *comment a-t-il fait passer l'envie sans boire? Qu'a-t-il fait à la place?*

FIG. 4.1. – *Double feuille d'observation.*

SÉANCES SUIVANTES

Dans les séances suivantes, les *feuilles d'observation* jouent un rôle essentiel.

S'il est suffisamment clair que *les réussites* des patients intéresseront le thérapeute infiniment plus que leurs échecs, la plupart d'entre eux rempliront leurs feuilles sans trop mentir. De toute façon, s'ils ont trop bu, le nombre exact n'intéresse pas le thérapeute : trop c'est trop, inutile de s'attarder là-dessus.

Les occasions où ils ont bu nettement moins ou pas du tout sont celles dont on discute. Si le mensonge n'intéresse pas, il perd très vite son intérêt.

On s'intéresse donc aux *réussites, même partielles* : « Comment avez-vous réussi à... ? Comment avez-vous fait pour... ? Qui vous a aidé ? Comment... ? »

On parle aussi en détail des autres améliorations qui se sont produites : « Qu'est-ce que vous avez encore fait de bon ? Comment vos proches vous ont-ils aidé ? Qu'est-ce que votre mari, votre femme, vos parents, vos enfants, etc. diraient que vous avez bien fait ? »

Si le patient n'a pas rempli les feuilles d'observation, on parcourt les jours de façon rétrograde : « Qu'est-ce que vous avez bu hier ? Comment vous êtes-vous arrêté ? Et avant-hier ? », etc.

L'étude des aggravations et des rechutes est également précieuse.

Une identification exacte des contextes (situations, circonstances, entou-rages) qui mènent à la prise de boisson est utile. Voici quelques éléments qui se retrouvent souvent :

– du côté du *pathos*⁴³ :

- des émotions positives (euphorie, envie de fêter quelque chose) comme des émotions négatives (solitude, déprime, angoisse, mauvais souvenirs, flash-back),
- les symptômes de sevrage et l'angoisse qu'ils inspirent,
- l'appétence, l'envie de boire, la sensation de besoin (*craving*);

– du côté du *logos*⁴³ :

- les convictions du type « Alcoolique un jour, alcoolique toujours », « Le premier verre, c'est la rechute », « L'alcool est plus fort que moi », « Chaque jour, je dois lutter contre l'alcool », qui continuent à thématiser l'alcool comme un élément central dans la vie du patient,
- la conviction du patient que son existence est un échec,
- les histoires qu'il se raconte dans lesquelles son existence d'alcoolique était pleine d'aventures, de coups fumants, tandis que sa vie d'abstinent ou de buveur contrôlé est plate et banale;

43. Cf. plus haut.

- du côté de l'*éthos*⁴³ : la continuation de comportements qui ressemblent de près à ceux qui étaient automatisés dans le cadre de l'abus d'alcool;
- du côté de l'*éthos*⁴³ : les sentiments de culpabilité avec la conviction que les dégâts qu'il a produits sont irréparables;
- du côté de l'*oïkos*⁴³ : les circonstances extérieures (endroit, heure, compagnie) où l'alcoolisation se produit habituellement.

Il sera le plus souvent utile d'éviter pendant une certaine période de se trouver dans le contexte qui mène à l'alcoolisation : hospitalisation, ne pas aller dans le bistrot habituel, ne pas avoir de boissons alcoolisées à la maison etc. À plus longue échéance, cette conduite d'évitement n'est généralement pas tenable. Il faut alors développer et automatiser de nouvelles habitudes dans l'ancien contexte.

Plusieurs de nos patients ont utilisé la stratégie suivante : ils sont allés voir le patron de leur bistrot habituel et ils lui ont dit : « Je ne vais plus boire d'alcool. Alors quand j'entre, au lieu de me servir un verre sans même que j'aie besoin de le demander, comme tu le fais d'habitude, tu me mettras un café, un Perrier, un soda... ce que le patient veut instaurer comme nouvelle habitude ».

Ou encore : « Je ne veux plus boire d'alcool. Alors rends-moi un service : si jamais je commande une bière (ou un pastis, un blanc sec, etc.), même si c'est dans 6 mois, demande-moi simplement : « Tu es sûr ? ». Si je dis que je suis sûr, tu me le donnes, mais je veux que tu me poses la question ».

Comme il ressort de la théorie des habitudes, boire de façon contrôlée signifie : développer de nouvelles habitudes dans le contexte problématique. En particulier pour ceux qui souhaitent boire de façon modérée, il est important de changer autant de paramètres que possible dans les habitudes d'alcoolisation : le type de boisson qu'il boit, en quelle compagnie, où, à quelle occasion, etc. Ceci aidera le cerveau à mieux distinguer la nouvelle habitude de l'ancienne et à bien automatiser le nouveau choix.

PRÉVENTION DE LA RECHUTE

Dans notre modèle, la prévention de la rechute repose sur trois démarches :

- à l'aide de la feuille d'observation des moments où le patient se sentait poussé à boire mais n'a pas bu (le journal d'abstinence), le thérapeute aide le patient à identifier les stratégies qu'il utilise déjà pour éviter de boire;
- en faisant l'analyse des différents aspects des habitudes d'alcoolisation du patient tels que nous venons de les décrire, il pose à chaque fois la question : « Comment pourriez-vous réagir différemment dans ces circonstances ? Que pourriez-vous faire d'autre ? ». Il suggère aussi d'autres interprétations, d'autres hypothèses qui aident le patient à orienter

son regard sur ses capacités et ses réussites plutôt que sur ses incapacités et ses échecs. Il aide ainsi le patient à construire déjà en pensée de nouvelles habitudes qu'il pourra mettre en œuvre dans le contexte où il buvait;

– il prépare avec le patient la gestion d'une éventuelle rechute.

GESTION DE LA RECHUTE

Il est important de préparer l'alcoolique à ce qu'il pourra faire en cas de rechute. Les cinq questions suivantes se sont révélées utiles pour préparer les stratégies de gestion de la rechute (les deux premières questions ne concernent que ceux qui ont choisi l'abstinence) :

– Il y aura certainement encore des occasions où vous aurez envie de boire quelque chose, ou des occasions où vous vous sentirez presque obligé de boire, etc. Qu'est-ce que vous pourriez faire dans ces cas-là pour rester ferme et ne rien boire? Et quoi encore? Et quoi encore? Qui pourrait vous aider dans ces cas?

– Supposons que, bien que vous ayez décidé de ne plus rien boire, il vous arrive quand même de constater que votre chair a été faible et que vous avez bu un verre. Que feriez-vous après ce premier verre pour ne pas continuer à boire?

– Admettons qu'il vous arrive d'avoir bu trois verres, et que vous êtes en danger de perdre le contrôle. Qu'est-ce que vous pourriez tout de même encore faire dans un cas comme celui-là?

– Et s'il vous arrivait d'avoir vraiment trop bu un jour, comment vous y prendriez-vous le lendemain?

– Et finalement, si par malheur vous aviez trop bu 3 jours de suite, que pourriez-vous encore faire le quatrième jour pour vous reprendre en main?

Les réponses à ces questions constituent la base de « la trousse de premiers secours » ou « boîte à trésors ».

TROUSSE DE PREMIERS SECOURS OU BOÎTE À TRÉSORS

La boîte à trésors peut prendre diverses formes :

– une feuille de papier ou une carte que le patient tient dans son portefeuille ou son sac à main, sur laquelle il note ce qui lui semble utile dans la liste suivante :

- une liste de numéros de téléphone de personnes qu'il pourra appeler quand il se sentira en risque : amis, membres de la famille, services d'aide,
- une liste d'activités qui demandent beaucoup de concentration,
- une liste d'activités qu'ils aiment bien faire (qui font plaisir, qui consolent, qui détendent, etc.),
- une liste de leurs bonnes qualités (avec, en trois mots, un exemple qu'ils peuvent se remettre à l'esprit),

- leurs talents, leurs intérêts, leurs capacités, leurs réussites (avec exemples),
 - leurs espérances, leurs projets,
 - ce qu'ils apprécient dans les personnes qu'ils aiment,
 - ce que ces personnes apprécient en eux,
 - tout ce qu'ils peuvent encore se donner comme conseils pour les moments difficiles;
- une photo d'une personne aimée, au dos de laquelle le patient note ces mêmes données. Dans les moments difficiles, il peut regarder la photo et lire les conseils au verso;
 - un petit objet qui sert de symbole pour la nouvelle orientation que le patient a choisie, qu'il peut toucher comme un talisman;
 - une boîte ou même un tiroir joliment décorés dans lesquels, à côté de la liste que nous venons de décrire, le patient peut mettre d'autres choses qui l'aideront à bien se sentir sans devoir boire : des photos de moments heureux, une poupée chérie, un ouvrage, une huile de bain bien parfumée, etc.

LA MYOPIE POUR L'AVENIR

Avec un certain nombre d'alcooliques (probablement un quart à peu près de cette population), il s'avère impossible d'élaborer les stratégies de gestion de la rechute. Plus généralement, une conversation qui porte sur leur avenir immédiat ou lointain, ou des techniques comme la question miracle (Isebaert & Cabié, 1998) deviennent impraticables. Ils ont développé comme une myopie pour l'avenir. Ces patients présentent généralement d'autres caractéristiques :

- ils sont dépendants depuis des années;
- ils ont une anamnèse de rechutes fréquentes et graves;
- ils ont tendance à boire à longueur de journée;
- ils négligent leur ménage, leur aspect extérieur, leur nourriture;
- ils vivent souvent seuls;
- s'ils vivent en couple, l'autre boit aussi;
- ils n'ont pas de travail et peu d'occupations utiles;
- sans que des troubles de la mémoire importants se soient développés, ils se conduisent comme si le passé récent ne les concernait pas : ils sont aussi myopes pour le passé récent que pour l'avenir. Ils vivent comme s'ils flottaient dans un éternel présent, déconnectés de la flèche du temps.

Tout se passe comme si *éthos* et *èthos* n'étaient plus en contact. Comme si un *èthos* au sens d'une projection existentielle dans l'avenir (Qu'est-ce que je voudrais qu'il se passe à l'avenir?) et au sens de choix existentiels (Quelle vie est-ce que je veux vivre?) ne peut plus être visualisé – et que, de ce fait, l'avenir devient invisible et le passé, qui ne sert plus de référence, devient inintéressant.

Il semble probable qu'une involution cérébrale touchant le lobe frontal et ses connexions avec l'amygdale, l'hippocampe et d'autres régions soit en cause.

Ces patients sont souvent considérés comme impossibles à motiver et à traiter. Ils boivent en cachette pendant l'hospitalisation. Ils rechutent aussitôt après la sortie. En ambulatoire, ils ratent leur rendez-vous ou ils ont bu quand ils arrivent...

Nous avons cependant mis au point un protocole qui améliore leurs résultats. Il repose sur quatre principes :

- reconstruction de choix existentiels;
- intérêt pour toutes les tentatives de limitation de la consommation d'alcool, même si celle-ci reste exagérée;
- resocialisation utilisant les capacités, même limitées, du patient;
- création et accompagnement intensif de nouvelles habitudes dans le contexte où le patient s'alcoolisait.

RECONSTRUCTION DE CHOIX EXISTENTIELS

Nous avons vu le divorce chez ces patients entre *éthos* et *èthos*. Leurs habitudes, leurs choix au quotidien ne correspondent plus à des choix existentiels. Je peux choisir d'être un bon père, une bonne mère, une bonne voisine, etc. Si je vis en accord avec moi-même, avec mon éthique personnelle, j'aurais développé les habitudes qui correspondent à ces choix. Si par contre, comme le font ces patients, je remplis ma journée de comportements et de choix qui tournent autour de ma dépendance, mes habitudes et mes choix au quotidien ne correspondent plus à des choix existentiels. On peut répondre aux questions : « Quel genre de mari ou de femme est-ce que je veux être, qu'est-ce que c'est pour moi d'être un bon médecin, une bonne thérapeute, etc. ». Par contre, il n'y a guère de réponse aux questions : « Quel genre d'alcoolique est-ce que je veux être ? ou : Qu'est-ce que c'est pour moi être un bon alcoolique ? ».

Nous pensons d'autre part que la fonction éthique est aussi la fonction avec laquelle nous nous projetons dans l'avenir. La réponse à la question : « À ma mort, quelle image est-ce que je voudrais que mes enfants (mon mari, ma femme, etc.) gardent de moi ? » est la même que celle à la question : « Quel genre de parent (de femme, de mari, etc.) est-ce que je veux être ? ».

Sauf exception, les questions que nous nous posons sur ce que nous allons faire et sur ce que nous espérons ou craignons qu'il nous arrive, sur notre avenir souhaité ou redouté, sont en rapport direct avec ce que nous voulons être et faire, avec nos choix existentiels.

Si tel est le cas, il doit être possible de reconstruire une vision de l'avenir en aidant le patient à reformuler des choix existentiels.

Nous reposant sur les écrits d'Épicure relatifs aux conditions nécessaires pour atteindre le bonheur, comme sur des textes bouddhiques (Dalai-lama, etc.) et les recherches de Csikszentmihályi (Flow, etc.), nous avons formulé la tâche des *trois questions pour vivre heureux*.

TROIS QUESTIONS POUR VIVRE HEUREUX

Ces trois questions concernent l'adéquation entre les choix existentiels et les choix au quotidien.

« *Qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui qui me rend satisfait de moi-même ?* »

Il est utile de préciser qu'il peut s'agir de choses auxquelles j'ai pris plaisir, mais aussi de choses qui ont été dures, mais que je suis satisfait d'avoir faites concrètement. Ici, mon comportement et mes choix au quotidien sont congruents avec ma morale personnelle.

« *Qu'est-ce que quelqu'un d'autre a fait dont j'ai été satisfait, et comment y ai-je réagi pour qu'il/elle ait envie de le refaire ?* »

Ce sont les deux premiers maillons d'une séquence interactionnelle souhaitée.

Au lieu de concentrer notre attention sur ce qui nous déplaît chez l'autre, nous la tournons vers ce qui nous satisfait, et donc sur les aspects interactionnels de nos choix existentiels. La formulation de la question permet au patient d'attendre que l'autre prenne l'initiative (ce qui est la tendance naturelle de nombreuses personnes), mais donne la responsabilité d'une réaction positive et encourageante.

« *Qu'est-ce qu'il y a encore eu aujourd'hui dont je peux être satisfait, et comment m'en suis-je servi de façon utile ?* »

Cette question traite de ce qui est peut-être la clef du bonheur que nous ignorons le plus : nous nous rendons malheureux si nous pensons avant tout à ce qui nous manque, à ce que nous voudrions changer. Nous construisons notre bonheur si nous regardons tout ce que nous avons et tout ce qui se passe pour nous qui peut nous satisfaire : avoir une maison, un bon lit, de quoi manger, des parents et des amis que nous aimons et qui nous aiment... L'immense nombre de détails de notre vie quotidienne qui se déroulent tels que nous les voulons.

Ces trois questions, qui sont bien sûr utiles à tout le monde, le sont particulièrement pour ces patients chroniques qui ont développé une myopie pour l'avenir. Elles leur permettent de reprendre contact avec ce qui fait sens dans leur vie, avec leurs choix existentiels, et de ce fait, de s'accrocher à nouveau à la flèche du temps.

INTÉRÊT POUR LES TENTATIVES DE CONTRÔLE

Les cas d'alcoolisme chronique où le patient n'a jamais réalisé de période de consommation diminuée ou d'abstinence sont rarissimes. On

ne s'intéresse généralement qu'aux conditions qui prédisposent à la rechute. Pourtant, les mécanismes qui entraînent la reprise et le maintien du contrôle sont tout aussi intéressants : « Il y a 6 mois, vous n'avez pas bu pendant 4 semaines. Comment avez-vous fait pour vous arrêter? Qu'est-ce qui vous y a poussé? Qu'est-ce que vous vous êtes dit? Qui vous a aidé? Comment? Comment avez-vous fait pour utiliser cette aide? », etc.

Le patient se rend compte des capacités qu'il possède déjà; deux experts se parlent : le thérapeute, qui se sert d'une expertise plus générale, et le patient, qui précise son expertise sur son cas particulier.

RESOCIALISATION

Il est clair que les appartements thérapeutiques, les homes pour sans-abri, etc. sont indispensables à la resocialisation de bien des alcooliques chroniques. D'autre part, et dans la mesure où cela s'avère pratiquement réalisable, il est utile de les aider à se servir de ce qui leur reste comme réseaux sociaux personnels.

CRÉATION ET ACCOMPAGNEMENT DE NOUVELLES HABITUDES

Nous avons vu combien il est important que le patient développe de nouvelles habitudes dans le contexte où se produit le symptôme. Si l'alcoolisme existe depuis longtemps, il est habituel que le patient n'ait plus assez de créativité pour trouver quoi faire à la place, et il n'est pas rare qu'un accompagnement assez long soit nécessaire pour l'aider, d'abord à automatiser ces nouvelles habitudes, ensuite à y revenir à chaque fois qu'il a trébuché pour retourner à ses habitudes de dépendance.

TRAVAIL AVEC LES PROCHES

Comme dans les premières séances, le thérapeute essaie d'intéresser les proches (en particulier les époux) à la démarche thérapeutique. Il leur fait des compliments sur l'aide et le soutien qu'ils donnent au patient. Si l'on néglige les proches, la difficulté suivante peut se produire : supposons que le patient soit un homme marié et que le couple a des enfants mineurs. Pendant qu'il buvait, il a négligé ses responsabilités comme époux et comme père. Aux yeux de l'entourage, sa femme apparaît comme une mère martyre. Elle devait veiller à ce que les enfants aient à manger, à ce qu'ils étudient pour l'école, etc. Maintenant qu'il s'est arrêté de boire, le patient assume à nouveau ses responsabilités. Ce faisant, il n'est pas toujours d'accord avec les règles fixées par son épouse. Elle perd du pouvoir. Plus il apparaît comme un héros qui a vaincu le démon de l'alcool, plus son auréole à elle blêmit. Les disputes s'accumulent jusqu'à ce qu'elle s'exclame : « Je préférerais encore quand tu buvais ! Au moins j'avais la paix quand tu dormais ».

Ce scénario déplorable peut être évité si elle reçoit autant de louanges que lui pour les résultats qu'ils obtiennent.

TRAITEMENT EN HOSPITALISATION

Les mêmes principes sont également valables ici que pour le traitement ambulatoire.

L'environnement protecteur rend plus facile et plus sûr le passage de la phase de désintoxication. Il aide aussi à mettre en place de nouvelles habitudes. Celles-ci devront être ensuite transférées dans le contexte naturel. Comme les habitudes sont liées au contexte, ceci pose souvent de graves problèmes. On ne saurait assez insister sur la nécessité d'un accompagnement étroit du patient et de ses proches dans cette phase. Des sorties répétées en week-end et/ou le passage dans un hôpital de jour sont indiqués.

Évaluation dans notre service

Plusieurs études de suivi furent menées sur la population de patients présentant des problèmes avec l'alcool et soignés à l'hôpital Saint-Jean de Bruges, que ce soit en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou en ambulatoire. Les premières furent des enquêtes téléphoniques faites par notre propre personnel; elles n'ont donc qu'un intérêt scientifique réduit et elles ne furent pas publiées. D'autres ont été effectuées depuis ou sont encore en cours.

Celle qui est présentée ici fut entreprise par Sylvie Buysse, étudiante à l'Université de Gand, pour son mémoire de licence en psychologie clinique. Elle fut réalisée en 1999, et concerne les patients hospitalisés 4 ans plus tôt, en 1995, dans l'unité d'alcoologie du département de psychiatrie et psychosomatique de l'hôpital Saint-Jean.

Caractéristiques de l'hospitalisation

– Les patients alcooliques sont hospitalisés dans un service de psychiatrie dans un hôpital général. Il n'y a donc pas d'unité d'alcoologie séparée.

– Le sevrage et la prise en charge thérapeutique se font dans la même unité.

– Les patients sont généralement hospitalisés à plein-temps pendant 2 à 3 semaines; ensuite ils rentrent chez eux ou ils passent encore 1 à 2 semaines en hôpital de jour, où ils continuent à suivre le même programme. La moyenne de l'hospitalisation totale (temps plein + hospitalisation de jour) est de 21 jours.

– La consommation d'alcool est interdite pendant l'hospitalisation complète et déconseillée pendant l'hospitalisation de jour. Malgré la facilité de se procurer de l'alcool (la cafétéria de l'hôpital, où bière et vins sont servis, est à l'étage au-dessous), les transgressions sont rares. Sauf exception, elles n'entraînent pas de sanction mais une discussion (Qu'est-ce qui vous a poussé à boire? Que pourriez-vous faire pour résister une prochaine

fois? Comment avez-vous fait pour ne pas boire plus que vous n'avez fait?)

– Deux programmes de thérapie sont offerts (objectif « abstinence » ou objectif « prise de boisson contrôlée »). Ces programmes comprennent des séances de thérapie de groupe, individuelles et avec les familles (thérapie de familles multiples). Après être amplement informés, les patients choisissent librement l'option qui leur paraît la meilleure.

Population

L'effectif de cette évaluation était de 132, correspondant au nombre de patients retrouvés par la chercheuse parmi les 200 premiers hospitalisés en 1995 avec un diagnostic mentionnant des problèmes d'alcool. Ce nombre de 132 peut paraître élevé; il s'explique probablement par trois raisons :

– la sédentarité de la population : traditionnellement, les habitants de Bruges et de ses environs achètent leur logement plutôt qu'ils ne le louent et déménagent donc moins facilement;

– à l'admission, outre le numéro de téléphone du patient, un autre numéro est demandé (parents, voisins);

– après épuisement de ces possibilités, un effort particulier a été fait pour retrouver par tous les moyens les 30 patients restants. Ceci a permis d'en récupérer encore 20. Ils présentent les mêmes caractéristiques que le reste de la cohorte.

Les patients étaient de sexe masculin pour 67,4 % et féminin pour 32,6 %; L'âge moyen était de 46,2 ans (déviations standard : 10,30 ans; étendue : 19-74 ans).

La sévérité de l'atteinte alcoolique a été mesurée avec le Malt (*Münchener Alcohol Test*) : moyenne 27,39; déviations standard 7,82. Le Malt était supérieur à 10 chez 128 patients. Ce qui signifie que 4 patients ne présentaient pas de problème alcoolique avéré.

Tous les patients hospitalisés pendant cette période ont été pris en compte, qu'ils aient ou non suivi le programme complet.

Méthode

La catamnèse téléphonique a été effectuée 4 ans après traitement.

L'informateur était le patient, et chaque fois que cela a été possible, la confirmation a été obtenue auprès de l'entourage.

Les hypothèses suivantes ont été examinées (les résultats obtenus via la catamnèse sont en italique) :

– si les changements enregistrés étaient dus seulement à l'effet de la thérapie, la catamnèse ne montre que des changements globaux. Il n'y a en particulier pas de différence en rapport avec :

- les habitudes et la sévérité de l'alcoolisation avant le traitement,
- l'âge,
- le statut socio-économique,
- le statut de travail,
- le fonctionnement général,
- les problèmes avec le conjoint ou la (dys) harmonie familiale.

En réalité, il n'y a pas de différence statistiquement significative (dss) dans les résultats entre les personnes qui ont un score plus élevé au Malt et celles qui ont un score bas.

Bien qu'il y ait un nombre plus important de bons résultats chez ceux qui à l'origine ont choisi l'abstinence que chez ceux qui avaient choisi la prise de boisson contrôlée, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Il est par ailleurs intéressant de noter que 26,66 % des personnes qui avaient choisi à l'origine la prise de boisson contrôlée, rapportent au moment de la catamnèse qu'ils ont changé leur option et qu'ils vivent en abstinence ;

– si les changements constatés sont dus à des facteurs de personnalité ou d'environnement, il faut s'attendre aux différences suivantes :

- résultats meilleurs pour les femmes que pour les hommes. *En réalité, il n'y a pas de dss entre hommes et femmes,*
- résultats meilleurs pour les patients mariés si ce sont des hommes, moins bons s'il s'agit de femmes. *En réalité, il n'y a pas de dss entre mariés ou non mariés, aussi bien pour les hommes que pour les femmes,*
- meilleurs résultats si les patients ont un travail rémunéré que s'ils sont au chômage ou à la retraite. *D'après l'enquête, il n'y a pas de dss entre ceux qui ont un travail rémunéré ou non,*
- meilleurs résultats pour ceux qui fonctionnent bien dans leurs activités journalières. *D'après l'enquête, il y a une dss entre ceux qui fonctionnent bien dans leurs tâches quotidiennes (meilleur résultat) et ceux qui ne fonctionnent pas bien,*
- meilleurs résultats s'il n'y a pas de problèmes conjugaux ou de dys-harmonie familiale. *La relation entre le succès thérapeutique et l'harmonie familiale (au moment du traitement) a été examinée : pas de dss, ni chez les abstinentes ni chez les buveurs contrôlés.*

D'autre part, nous avons examiné si l'implication et le soutien des conjoints pendant la thérapie ont eu une influence sur le résultat : pas de dss,

- meilleur statut socio-économique et vie familiale plus harmonieuse chez ceux qui réussissent à boire de façon contrôlée par rapport à ceux qui n'y réussissent pas. *L'enquête ne le confirme pas : il n'y a*

pas de dss relative au statut socio-économique, ni pour les abstinents ni pour les buveurs contrôlés,

• mortalité reliée à l'alcool plus élevée pour les femmes que pour les hommes. *En fait, il n'y a qu'une femme parmi les 13 patients décédés. L'hypothèse ne peut donc pas être confirmée.*

Résultats

Les résultats étaient considérés comme bons pour 100 patients (75,8 %) dont :

- 60 ne buvaient plus (45,5 %);
- 40 buvaient de façon contrôlée (30,3 %).

La prise de boisson contrôlée était définie comme : 0-3 unités/jour pour les hommes, 0-2 pour les femmes et/ou 4-10/jour de façon exceptionnelle.

Parmi les autres patients :

- 19 buvaient trop (14,4 %);
- 13 sont décédés (9,8 %), dont :
 - 9 buvaient encore (6,8 %),
 - 2 ne buvaient plus (1,5 %),

L'information n'était pas accessible pour les 2 derniers patients (1,5 %).

Les causes de décès étaient ainsi réparties :

- suicide : 5;
- cirrhose du foie : 3;
- pancréatite : 1;
- chute : 2;
- cancer : 2.

Le nombre de patients décédés ajouté à celui des buveurs excessifs était donc de $13 + 18 = 31$ (23,7 %).

Le taux de patients réhospitalisés après traitement s'élevait à 26,1 % (73,9 % non réhospitalisés).

Il apparaît donc qu'à l'exception des patients qui n'arrivaient plus à bien fonctionner dans leurs tâches quotidiennes (faire un minimum de ménage dans l'appartement, se laver et se raser ou se maquiller le matin, etc.), et qui constituent les patients qui rechutent très vite, les facteurs non spécifiques ayant fait l'objet de la recherche n'ont pas eu d'influence statistiquement significative sur le résultat. Ceci porte à penser que la méthode utilisée (le modèle de Bruges) a une action spécifique.

QUE RETENIR ?

Là où l'école de Palo Alto travaille à partir du problème, la TOS s'oriente davantage vers les solutions, c'est-à-dire les exceptions (les moments où le problème n'existe pas) et les ressources du patient.

Le modèle de Bruges a appliqué cette façon de faire aux patients ayant des problèmes avec l'alcool, explorant et augmentant *ce qui va déjà bien* et les ressources du patient, en respectant son libre choix quant à son objectif : arrêt total ou reprise contrôlée. Tout en comprenant cette dépendance en termes d'*habitudes* et de *changements d'habitudes*.

Un protocole simple et progressif peut être mis en place dans le cadre d'une thérapie brève avec des résultats plus qu'encourageants après 4 ans de recul. La recherche se poursuit pour travailler avec les 25 % de patients qui rechutent encore.

Bibliographie

ISEBAERT L., CABIC M.C. – *Pour une thérapie brève : le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Erès, Toulouse, 1997.

5

Prise en charge de la douleur par les mouvements alternatifs : l'HTSMA dans la fibromyalgie

É. Bardot



Comment nous comprenons la douleur

Mon abord thérapeutique de la douleur s'inscrit dans une approche relationnelle de l'être humain. Comme elle m'est utile dans ma pratique, je partage l'idée que l'être humain comme unité corps-esprit tisse et est tissé par la rencontre de trois grands types de relations : *la relation au monde, à l'autre et à soi-même*. Je rejoins Grégory Bateson, Milton Erickson et la pensée orientale pour qui la relation est première. Nous vivons dans un bain relationnel à partir duquel nous créons des formes, qui en retour nous construisent.

Pour construire mes interventions thérapeutiques, je m'intéresse plus à percevoir ce qui se passe en termes de processus qu'en termes d'état. J'adhère à l'idée qu'un état est la résultante d'un processus figé. Ces considérations m'ont guidé à élaborer l'HTSMA comme modèle intégratif. Nous en verrons l'intérêt dans l'abord thérapeutique de la douleur.

Nous envisagerons la douleur en partant de trois positions complémentaires en interactions :

- le contexte qui provoque la réponse douloureuse ;
- la douleur comme réponse de l'organisme ;
- le sujet en interaction avec sa douleur, dans sa relation à lui-même, à l'autre et au monde

Le tout s'inscrivant dans une dimension temporelle.

Les quatre dimensions de la douleur

CONTEXTE

Le contexte comme acteur peut être une agression de l'environnement, d'un ou de tiers, de son propre corps. Cette agression, par son caractère subi, remet en cause l'intégrité de notre espace corporel (*corps sécure*), et notre conviction d'être en contrôle sur notre monde (par exemple : « je dois avoir le contrôle de mon corps »). L'intensité de perturbation liée à l'intrusion, l'effraction, l'envahissement va s'exprimer dans la douleur.

Le contexte « joue » selon deux axes : celui de l'agression, qui s'exprime par la douleur et celui de la protection, qui sécurise et apaise.

Ceci est, par exemple, central en milieu hospitalier où nombre d'actes, pour justifiés qu'ils soient, n'en sont pas moins intrusifs, agressifs, douloureux. L'*insécurité* comme on le verra, ajoute à la *détresse* qui, elle-même, ajoute à la *douleur*.

La douleur peut ainsi s'accompagner d'un syndrome de stress aigu voire être à l'origine de troubles psychotraumatiques. En retour, ceux-ci peuvent amplifier voire entretenir le vécu douloureux.

Dans les douleurs neuropathiques (par exemple des douleurs résiduelles suite à une intervention chirurgicale), c'est comme si le corps devient hostile au sujet et qu'en retour le sujet ne peut plus « habiter » son corps.

LA DOULEUR COMME RÉPONSE

Lorsqu'une douleur apparaît dans notre corps, celle-ci va capter notre attention par son intensité, de telle sorte qu'une réponse de notre organisme mette fin au contexte ayant induit cette douleur. Exemple : quand ma main se pose sur une plaque électrique, le signal douloureux lié à la chaleur l'amène à se retirer.

Cette réponse motrice volontaire ou involontaire peut faire taire le signal douloureux qui a alors valeur d'alarme.

Ainsi, l'expression douloureuse a une *double* fonction protectrice : *préserver* notre intégrité corporelle d'une part, *conserver* cette conviction que nous sommes acteur d'un environnement familier et sécure, que nous en avons le contrôle d'autre part.

Elle a aussi une valeur d'apprentissage : elle m'apprend à adapter mon organisme à mon environnement dans la perspective de situations futures.

LE SUJET EN INTERACTION AVEC SA DOULEUR

Ce signal sensoriel, qui est une expression de notre corps, peut se mettre à perdurer dans le temps et occuper progressivement notre espace mental, c'est-à-dire le monde de nos représentations. Par exemple, la douleur va perdurer même après avoir retiré ma main. Je vais peut-être garder en

mémoire le souvenir de cette douleur ou plutôt le souvenir de la détresse liée à cette douleur.

Ce signal sensoriel va alors devenir d'autant plus envahissant qu'il va capter et focaliser notre attention sur notre corps : « nous hypnotiser » comme l'a souligné Delboeuf, hypnothérapeute belge du XIX^e siècle, avec développement de divers phénomènes :

- *hypermnésie (amplification de la mémoire);*
- *hyperesthésie (amplification de la sensation);*
- *distorsion temporelle;*
- *rétrécissement de l'espace.*

Nous pouvons alors entrer dans une relation douloureuse vis-à-vis de cette douleur; relation qui va modifier les relations antérieures que nous entretenions avec nous-mêmes, notre monde environnant et les autres, et parmi les autres, nos proches.

Le sujet peut faire comme si le signal douloureux n'existe pas, l'anesthésier. Il peut également l'instrumentaliser par exemple en le provoquant pour contrôler une détresse ou une douleur morale vécue comme pire encore. Enfin, ce contrôle de la douleur peut être source de valorisation voire de plaisir. Tant le rapport à la douleur que la manière d'exprimer son mal se situe à la rencontre de son histoire, des considérations sociales et culturelles et du regard des autres. L'expression de la douleur a une valeur communicationnelle demandant un appel à l'aide.

LA DIMENSION TEMPORELLE

La douleur crée un phénomène de distorsion temporelle avec allongement du temps vécu. Ce phénomène de distorsion participe de l'envahissement douloureux jusqu'à pouvoir donner l'impression d'une douleur continue et permanente. Comme l'intensité, cette perception du temps vécu peut être à l'origine d'un ancrage du vécu douloureux dans la mémoire d'une part, d'anticipation anxieuse chez le sujet d'autre part.

De la douleur à la détresse

La douleur n'est pas le seul signal de l'organisme qui amène celui-ci à répondre : il y a également la peur, la colère, la fatigue, etc. Ces signaux sont diverses expressions d'une réponse commune et non spécifique de l'organisme : *le vécu de détresse.*

C'est davantage l'intensité du vécu de la détresse engendré par la réponse douloureuse que cette réponse elle-même qui focalise l'attention du sujet. Le rapport à la douleur de chacun étant variable (contexte, culture, paramètres individuels).

Dans l'exemple de la brûlure, d'emblée les réponses de détresse peuvent être de serrer les dents, de crier, de pleurer, d'exprimer de la colère, d'avoir la nausée voire de « tomber dans les pommes », de « partir ailleurs », etc.

J'oserais faire de cette réponse une réponse universelle au vivant, qui peut être perçue et par l'individu et par son entourage. (Ainsi les chiens et les chats sont capables de percevoir et de répondre aux cris de détresse d'un nourrisson.)

Cette réponse de détresse nous enseigne plusieurs choses :

- elle est en lien avec la perte de contrôle, le vécu d'insécurité et le sentiment d'impuissance qui l'accompagne;
- elle mobilise les processus de survie et ses trois types d'action : fuir (éviter), faire face (lutter contre), faire le mort (se dissocier);
- cette réponse de détresse va se généraliser, nous dit Laborit, lorsque ces actions sont inopérantes, c'est-à-dire ne résolvent pas la situation présente ou perdurent sous forme de traces comme dans le psychotraumatisme;
- ce vécu de détresse va alors s'exprimer par la plainte qui peut prendre diverses formes dont le point commun est l'envahissement lié à la perte de protection et à la perte de contrôle.

De la détresse à la plainte

La plainte devient alors une tentative pour retrouver le contrôle de son espace relationnel : « Comment interpréter et agir sur ce monde insécure et menaçant, pour avoir à nouveau prise, afin de le rendre à nouveau familier? »

La plainte, au sens large du terme, contient les tentatives de solutions inopérantes. Elle peut prendre diverses formes d'expressions verbales et non verbales, qui elles-mêmes peuvent devenir envahissantes jusqu'au désespoir et, à l'extrême, au suicide. La plainte tente de reconstruire des liens stables de confiance à soi-même et aux autres dans ce contexte de détresse.

En ce sens, la plainte, tant qu'elle est opérante, c'est-à-dire tant qu'elle mobilise une réponse d'accueil de la part de l'entourage, est une tentative réussie de sécurisation dans un monde relationnel vécu comme hostile. En même temps, la plainte peut s'exprimer chez un ou d'autres membres de l'entourage comme on peut l'observer en clinique chez certains enfants. Ceux-ci peuvent par exemple présenter un comportement agité ou inhibé, en réaction à la détresse de l'un ou des parents sans que cette détresse soit exprimée par des mots.

De même, dans le temps, la détresse peut se dissiper derrière la plainte et celle-ci exister par et pour elle-même : gêne, mal-être, pensées négatives, comportement de retrait ou d'irritabilité, indifférence, douleur, somatisations, etc.

Isolement relationnel

Ainsi la réponse à la douleur physique devient, par l'auto-entretien de la plainte, une source de *souffrance morale* qui peut envahir l'espace et le temps (le présent est interprété à partir des réponses du passé). C'est comme si le sujet devenait dépendant de cette souffrance qui limite et réduit son vécu expérientiel (exploration de situations nouvelles, relation à l'autre).

La plainte possède une dimension paradoxale dans laquelle il existe à la fois une réduction du vécu expérientiel (le contenu de la plainte crée un monde figé dans ses interactions) et une invasion de l'espace temps (c'est la dissociation pathologique au sens de Pierre Janet).

Je peux, *également*, développer une peur et une incapacité à utiliser les plaques électriques, ou au contraire vérifier, revérifier maintes fois si la plaque est éteinte ou allumée ou ressentir une douleur dans ma main à chaque fois que je m'approche de la plaque.

Revendication et position victimaires

Je peux construire toute une histoire autour de cet événement : la plaque électrique, ma main, la brûlure, la douleur, la détresse et moi avec mon histoire, mes croyances et mes représentations, et les réactions, l'attitude des divers membres de mon entourage.

Je peux me maudire : « Ça n'arrive qu'à moi, c'est encore une preuve que je suis né sous une mauvaise étoile, que je n'ai pas de chance... »

Je peux rechercher un coupable : la plaque électrique, les installateurs ou concepteurs qui auraient dû prévoir une sécurité. Je peux même aller jusqu'au procès.

Je peux accuser ma compagne et lui resservir cet événement à chaque situation de conflit.

Ma main peut comme refuser de guérir : la plaie suppure, la douleur se maintient, des désordres plus importants apparaissent. Ma main devient source d'une souffrance de plus en plus intense.

Je demande à la fois à être de plus en plus assisté et en même temps j'ai le sentiment d'être de plus en plus incompris.

Je peux aussi refuser ce qui s'est passé : « Si j'avais fait autrement » et je me construis des scénarii alternatifs où la situation est évitée.

Je peux également afficher une belle indifférence tant à la douleur qu'aux conséquences fonctionnelles de la brûlure ou au contraire l'exhiber comme une blessure de guerre et ainsi me faire plaindre par mon entourage.

Bref, je m'installe dans une histoire victimaire qui peut évoluer vers un isolement relationnel ou des comportements de revendication altérant la vie sociale, professionnelle, familiale.

Mon entourage aussi peut réagir de différentes façons :

– « Encore une fois tu n'as pas fait attention. Ça t'arrive trop souvent, t'es malade. Il faut te faire soigner ! »

– « Bien fait pour toi, la prochaine fois, tu feras attention ! »

– « Comme tu dois avoir mal, mon pauvre petit ! »

Tout cela peut conduire à des situations extrêmes dans un contexte de violence exercée par moi sur mon corps (automutilation), ou en relation avec un tiers (agression).

En résumé, la douleur peut se décliner comme :

– une *sensation*, c'est-à-dire une perception dont on peut décrire les caractéristiques (brûlure, coup de poignard, lancements, picotements, etc.);

– une *émotion* exprimée par l'intensité du vécu douloureux que l'on peut évaluer sur une échelle de 0 à 10;

– une *cognition* : tout ce que le vécu douloureux met en jeu en termes de représentations, d'interprétations et s'exprime sous forme de plainte;

– un *comportement* qui s'exprime par le gène en lien avec la douleur.

Chacun de ces aspects peut prendre le devant de la scène : par exemple : l'intensité douloureuse peut être modérée et la gêne intense.

Une douleur chronique : la fibromyalgie

À la fin des années 1990, je recevais une femme, d'une cinquantaine d'années, nous l'appellerons C. Elle m'avait été adressée par un algologue de Nantes avec le diagnostic de fibromyalgie.

C'était la première fois qu'elle voyait un « psy ». C. semblait réservée, comme effacée et en même temps tonique, volontaire. Elle obéissait au conseil qui lui avait été donné par l'algologue.

Je me demandais bien ce qui l'amenait à me consulter. Elle m'avait répondu qu'elle venait pour de l'hypnose sans savoir très bien de quoi il s'agissait.

À l'époque, ma pratique psychothérapeutique avait déjà évolué par l'utilisation de l'hypnose éricksonienne et de la thérapie brève orientée problème. Je commençais la formation de facilitateur, superviseur en EMDR. Je commençais également à m'approprier les apports de la thérapie brève orientée solution. Tout cela restait pour moi un ensemble de techniques et de stratégies thérapeutiques qui ne s'intégraient pas encore dans un modèle cohérent : l'HTSMA deviendra plus tard ce modèle intégratif.

La thérapie de C. va m'apprendre à mes dépens que travailler avec le monde de la douleur comme avec celui du psychotraumatisme ne s'improvise pas, rendant encore plus nécessaire la mise en forme de ce modèle intégratif.

Clinique de la fibromyalgie

Il s'agit de *douleurs chroniques* localisées sur 11 à 18 points du corps, particulièrement au niveau des articulations. La fibromyalgie atteint essentiellement les femmes : elles présentent une perception douloureuse se situant au-dessous du seuil douloureux chez un sujet normal (effleurement, variation de température, etc.) et un seuil de tolérance à la douleur diminué. Ces douleurs évoluent depuis plus de 3 mois et sont amplifiées à la palpation digitale.

Comme *signes associés*, on trouve une raideur matinale, des troubles du sommeil, une fatigue générale, une fatigabilité musculaire et tout un cortège de troubles somatiques variables.

On faisait l'hypothèse de *facteurs déclencheurs* comme un traumatisme même mineur, des traumatismes psychiques (enfance douloureuse, conflits conjugaux, deuil, etc.), une situation de stress professionnel ou social prolongé, des pathologies infectieuses à répétition.

S'agissait-il de dépression masquée à expression somatique voire de conversion hystérique ? Bref, cela me donnait l'impression qu'on n'en connaissait pas grand-chose sur le plan psychopathologique et qu'il ne me restait comme base une femme avec un vécu douloureux et qui me demandait de l'aide ou plutôt pour laquelle un centre antidouleur me demandait de l'aide.

De la douleur, je connaissais l'idée de Delboeuf, hypnothérapeute du XIX^e siècle, qui disait que la douleur crée chez le patient une *hypnose négative* associant une focalisation sur le corps à un rétrécissement de l'espace (envahissement), une hypermnésie, une hyperesthésie et une distorsion temporelle. Il s'agissait donc de *déshypnotiser* la patiente.

Il m'était demandé de me positionner comme hypnothérapeute mettant en œuvre un travail complémentaire aux autres soins qui lui étaient déjà prodigués. Voilà les informations sur lesquelles je pensais pouvoir m'appuyer pour aider C., informations qui me semblaient bien modestes.

Thérapie

J'ai demandé à C. ce qu'elle attendait de l'hypnose. Elle m'a répondu : « Je travaille en usine. Les douleurs m'en empêchent. Je dois absolument continuer à travailler pour la famille. Je n'arrête jamais, fais tout à la maison. J'ai été habituée à travailler comme ça depuis que je suis enfant. Je devais m'occuper de mes frères et sœurs. »

Elle m'a également dit qu'elle dormait peu, avec un sommeil peu réparateur, qu'elle pouvait ressentir de grandes fatigues. J'ai donc accepté de faire des séances d'hypnose avec deux idées :

– la première, que si elle pouvait trouver un peu d'*apaisement voire de détente*, cela l'aiderait;

– la seconde, que je pourrai lui apprendre à utiliser l'*autohypnose*.

J'ai utilisé pendant quatre séances l'*accompagnement dans un souvenir agréable*. Ceci consiste à utiliser comme induction hypnotique le souvenir d'un moment que la personne a vécu comme agréable ou confortable (promenade à la mer, campagne, montagne, souvenir de vacances, etc.).

Dans la première partie de la séance, elle entrait facilement en transe et commençait à se détendre. Dans un deuxième temps, elle s'absorbait de plus en plus dans la transe et en même temps se mettait à gémir et son corps se tordait de douleurs. En retour, cela créait d'abord une confusion, puis une insécurité chez moi de plus en plus intense. Je me sentais dans la peau d'un tortionnaire comme si mes paroles amplifiaient ses douleurs. J'en suis arrivé à me taire

Mais cela me mettait dans un vécu de détresse. Pourtant, lorsque je lui proposais de revenir, elle me disait qu'à la fin de la séance, elle se sentait mieux ce qui accentuait mon désarroi.

Bloqué par cette croyance qui dit que le thérapeute doit s'abstenir d'exprimer à la patiente son ressenti, je restais muet sur ce qui se passait en moi. À chaque fin de séance, elle souhaitait revenir au rendez-vous suivant.

Après ces quatre séances, je lui ai proposé de changer de technique, ce qu'elle a accepté. J'ai utilisé *les mouvements oculaires avec une place sûre*, tentant de changer le canal confort pour le canal sécurité.

En changeant de technique, j'essayais de chercher une façon de faire plus sûre pour moi.

J'ai demandé à C. de penser à un endroit ou à une situation dans laquelle elle a fait l'expérience d'être en sécurité. Je lui ai demandé de se focaliser sur cet endroit (petite, chez sa grand-mère) et j'y ai associé les mouvements oculaires. Cela a donné la même chose que les séances d'hypnose :

- première phase de détente corporelle et d'apaisement;
- deuxième phase de fermeture spontanée des yeux avec apparition du vécu douloureux amplifié;
- troisième phase de retour avec sensation de mieux-être et ce après chaque séquence de mouvements oculaires.

Entre deux séances, je lui avais prescrit comme tâche de commencer à prendre un moment pour s'asseoir sur une chaise ou sur son canapé et de se focaliser sur sa place sûre.

C. l'a fait très peu de fois (peut-être même pas du tout). Elle a justifié son absence de réalisation de la tâche prescrite ainsi : manque de temps, trop de travail à la maison, absence d'aide de la part de son mari. Elle devait garder ses douleurs et sa fatigue pour elle et ne pouvait les partager. Ses réponses ont encore aggravé mon désarroi. Je m'imaginai que j'allais devoir répéter sans fin les séances. Dans l'impuissance et la confusion, je commençais à envisager de travailler cette situation en *interview* avec mes collègues nantais de l'AREPTA (Association régionale des praticiens de thérapie active).

Un recadrage m'a aidé : « Demande lui de t'aider à l'aider ».

Avant de revoir C., j'avais eu confirmation par un collègue du centre antidouleur de son amélioration. La fatigue et la gêne occasionnées par ses douleurs dans sa vie quotidienne avaient diminué.

Comme c'est souvent le cas après un travail d'interview ou de supervision, la séance suivante avec la patiente s'est déroulée différemment. Il y avait eu comme des effets à la fois de décontamination et de recadrage pour le thérapeute.

Lorsque j'ai revu C., elle m'a d'emblée dit qu'elle savait ce qui serait nécessaire pour elle de changer mais qu'elle devait continuer comme ça, qu'elle n'avait pas le choix. Nous nous sommes quittés sur cette conclusion de sa part.

Elle est revenue un an après, en me disant qu'elle pensait à ce qu'on avait fait ensemble, que ça lui avait permis des moments meilleurs. Elle était à nouveau en difficulté dans son travail en lien avec une amplification des douleurs d'une part, de la fatigue de l'autre. En même temps elle se sentait incapable de changer ce qu'elle savait nécessaire dans sa vie. Nous nous sommes à nouveau quittés et je ne l'ai plus revue.

Cette patiente et cette thérapie m'ont appris l'importance :

- de l'alliance;
- de la définition de l'objectif;
- des risques du changement;
- des interactions patients-thérapeutes et des phénomènes de résonance;
- du recadrage;
- de la place du tiers comme autorité de protection et de soutien.

Importance de l'alliance : qui demande et quel message véhicule cette demande ? Clairement, c'était la demande du centre antidouleur que j'ai prise comme mienne. S'agissait-il de soulager des médecins et de leur

impuissance dans cette situation, ou de soulager la patiente? Notons que le mieux-être de la patiente allait dans le sens de la demande médicale.

Importance de la définition de l'objectif : elle ne venait pas me voir comme psychiatre mais comme hypnothérapeute. Croyait-elle à ma possibilité de l'aider? Intellectuellement sûrement puisqu'on lui avait dit. Je crois que la première séance d'hypnose était nécessaire pour l'amener à expérimenter dans son corps un changement possible. Je pense également qu'elle a utilisé ces séances comme « un havre de paix ». Dès la séance suivante, j'aurais dû recentrer le travail à partir de sa vision du monde.

Importance des risques du changement : dans sa vision du monde et ce depuis l'enfance, le changement était impossible car risquant de déranger voire de mettre en difficulté son mari et dans une moindre mesure ses enfants. Prendre le risque de déranger pouvait être prendre le risque de jeter ou de se faire jeter.

Importance des interactions patients-thérapeutes et des phénomènes de résonance : cet exemple montre que *la relation est première* et que la technique est au service de la relation. Pas l'inverse. Il montre également la nécessité de *mettre en forme la plainte* de telle manière qu'elle soit acceptable pour le patient comme pour le thérapeute.

Importance du recadrage : aujourd'hui, j'aurais probablement utilisé ce que j'ai vécu pendant la séance d'hypnose comme une métaphore. Je l'aurais probablement raconté à la patiente sans aucune interprétation de ma part et j'aurais attendu l'effet que cela aurait eu chez elle. Je l'aurais peut-être accompagné de mouvements oculaires. L'expérience me montre que lorsque la relation est établie, ce qui se passe entre le thérapeute et le patient participe des deux.

Cette histoire montre comment la détresse peut être à la fois une douleur physique et à la fois une douleur morale. Elles peuvent se transformer l'une en l'autre. Se retrouver seule immergée dans cette souffrance sans aide aggrave la détresse. Pire encore : lorsque l'incapacité à extérioriser sa souffrance se couple à l'incapacité à demander de l'aide.

Dans la fibromyalgie, la relation soi-autre est centrale, tout comme le trépied douleur, colère (pensée comme de la violence), fatigue.

Une douleur aiguë

Une autre expérience, bien involontaire, allait me permettre de différencier la douleur aiguë de la douleur chronique.

S'associer à la douleur pour se dissocier

Avec des amis, nous montions une cabane en bois. Le plancher devait reposer sur des plots. Au moment de le poser, l'extrémité de mon majeur

droit, mon ongle, s'est trouvée coincée entre le plot et le plancher. J'ai ressenti une douleur fulgurante dans le doigt. J'ai crié et tout le monde a soulevé le plancher pour que je puisse le dégager. La douleur persistant, je me suis tout de suite campé sur mes deux jambes bien solidement comme si je m'encais dans le sol. Presque dans le même mouvement, j'ai regardé mon doigt comme si c'était un personnage. Je me suis focalisé sur la douleur comme si l'autre partie de mon corps accueillait avec compassion et bienveillance cette partie de moi qui souffrait, comme s'il s'agissait de la rassurer et de l'apaiser. Plus je suis « entré » dans la transe, bien ancré dans la sensation de mes pieds au sol, plus je devenais spectateur de cette interaction entre mon doigt et le reste de mon corps. J'ai fermé les yeux. Lorsque la douleur a commencé à suffisamment s'apaiser, j'ai rouvert les yeux. J'ai eu la surprise de découvrir mon bras droit comme anesthésié et en même temps gonflé : comme si j'avais un garrot à hauteur du creux axillaire. J'ai continué en prenant tout le temps nécessaire à accueillir cette sensation. Mon bras a petit à petit retrouvé ses sensations. Le processus s'est déroulé jusqu'au bout de l'ongle comme si j'enlevais un gant très lentement. Au fur et à mesure que je me réassociais, l'entourage, paysage compris, me semblait plus présent. J'ai eu la surprise de découvrir qu'il n'y avait qu'un tout petit point de sang sous mon ongle, que celui-ci ne saignait pas.

La dissociation thérapeutique

C'est comme s'il y avait :

- d'un côté, une partie de moi dans un *plan arrière*, « portée » par l'ancrage de mes pieds au sol (un peu comme si j'étais spectateur d'un film);
- et de l'autre c'est comme si, sur le *plan avant*, un film se déroulait sur l'écran dans lequel je pouvais assister, sous forme de ressenti, à l'évolution de l'interaction entre mon doigt et le reste de mon corps. C'est comme si j'avais *externalisé la partie douloureuse*.

De cette interaction, de ce tissage, *la réaction de mon bras a émergé comme solution au problème*. J'ai été d'autant plus surpris qu'à aucun moment, je ne me l'étais suggéré. J'étais trop occupé à me maintenir en suspension entre le contact du sol d'un côté, mon doigt et le reste de mon corps de l'autre. C'était la première fois que je vivais une telle expérience.

Enfin je n'ai plus eu qu'à *suggérer* à mon bras de progressivement lever « le garrot » comme si je lui avais dit « Et maintenant lorsque tu seras prêt, tu pourras lever ce garrot à ton rythme ».

Ce n'est pas d'une dualité dont il s'agit mais bien d'un « travail » de *triangulation* où la position centrale consiste à *accompagner, en sécurité, le processus en train de se dérouler*.

De mes expériences et de mes erreurs, de mes découvertes, ma pratique professionnelle a changé. Je me suis engagé dans le traitement de la douleur et du psychotraumatisme.

De plus en plus de patients douloureux me sont adressés (fibromyalgie, douleurs neuropathiques). La douleur physique peut être une porte d'entrée dans la thérapie alors qu'auparavant je n'y prêtais guère attention.

Cela m'a amené à élaborer, en lien avec mon collègue nantais de l'AREPTA, un modèle intégratif opératoire qui prend en compte la relation « corps-esprit » et qui me sert de guide dans la thérapie des vécus de détresse (psychotraumatisme, deuil, douleur, etc.).

De l'EMDR à l'HTSMA

L'HTSMA a émergé du tissage entre l'apport de l'hypnose éricksonienne et des thérapies systémiques brèves d'une part et de l'EMDR de Francine Shapiro d'autre part.

Les quatre dimensions

Elles vont se consolider au fil du temps.

PHILOSOPHIE ET ÉPISTÉMOLOGIE DE LA THÉRAPIE

Celle-ci va prendre une orientation systémique et constructiviste en référence à G. Bateson et P. Watzlawick.

Nous en retiendrons les idées principales :

L'observateur construit ce qu'il prétend observer. En retour, ce qu'il prétend observer le construit.

La thérapie repose sur la modification des interactions que l'individu tisse avec lui-même, les autres et le monde.

La solution du problème ne provient pas du thérapeute mais du client.

La relation prime sur la technique.

Le contexte est important.

Milton Erickson y ajoute :

Le principe utilisationnel consiste à partir de ce qu'amène le patient, de sa manière de mettre en forme son problème.

L'inconscient est pensé comme un réservoir de ressources.

Le langage et les théories du patient organisent la thérapie.

DIMENSION TEMPORELLE

Les êtres humains sont des êtres d'action. La thérapie est orientée vers la réalisation d'un objectif. Cet objectif, une fois atteint, devient un moyen pour atteindre un autre objectif et ainsi de suite. La thérapie se situe dans l'ici et maintenant. Elle est orientée vers le futur.

ÉMERGENCE D'UN MODÈLE INTÉGRATIF

Celui-ci va comprendre quatre étapes qui peuvent s'interpénétrer :

- la création d'une relation thérapeute-patient : l'alliance thérapeutique;
- la dimension stratégique :
 - la mise en forme, construction du problème, mobilisation des ressources;
 - la résolution du problème;
 - la projection dans le futur;
 - la fin de la thérapie.

OUTILS ET TECHNIQUES NÉCESSAIRES À LA RÉALISATION DE CES QUATRE PHASES

Ce sont les outils suivants : questionnement, recadrages, paradoxes, échelles, techniques d'induction, communication hypnotique, utilisation du « comme si », lévitation, mouvements alternatifs, tâches, métaphores, compliments, etc.

L'utilisation des outils et techniques n'a de sens qu'en lien avec l'intentionnalité du thérapeute, en interaction avec le contexte. Elle doit produire un effet et chez le patient et chez le thérapeute.

D'autres approches y sont intégrées : le modèle stratégique-constructiviste de Giorgio Nardone, le questionnement circulaire de M. Selvini Palazzoli, la thérapie provocatrice de Franck Farrelly, la thérapie narrative de White et Epsom et certains outils de la PNL (programmation neurolinguistique) de Bandler et Grinder⁴⁴.

L'EMDR

Sa procédure compte huit phases :

1. L'anamnèse. Elle permet de définir sur quel(s) souvenir(s) traumatique(s) on va travailler, après avoir évalué les bénéfices attendus du traitement.

44. Pour une étude plus approfondie de ces divers aspects, cf. les ouvrages de G. Salem et E. Bonvin : *Soigner par l'hypnose*; S. Hendrick : *Un modèle de thérapie brève systémique*; Y. Doutrelugne et O. Cottencin : *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*.

2. La *préparation du patient* : capacités de contrôle de soi, qui a amené à l'utilisation de la *place sûre* puis du travail sur les *ressources*.
3. L'*évaluation*. C'est la mise en route du protocole *dans l'ici et maintenant* avec définition :
 - d'une *cible* à partir du souvenir traumatique;
 - d'une *croissance négative (CN)* à partir de cette cible;
 - d'une *cognition positive (CP)* alternative à la croissance négative que l'on va évaluer à l'aide d'une échelle de 1 à 7 (*VOC*);
 - de la *réaction émotionnelle* qui accompagne l'évocation de la cible et de la croissance négative en évaluant :
 - son intensité sur une échelle de 10 à 0 (*SUD*),
 - sa *localisation corporelle*.
4. La *désensibilisation*. Cette phase associe focalisation sur la cible, croissance négative et localisation corporelle avec les *mouvements oculaires ou autres* jusqu'à cessation de la perturbation émotionnelle.
5. L'*installation de la cognition positive* : phase dite de restructuration cognitive jusqu'à ce qu'elle devienne une conviction.
6. Les *vérifications du vécu corporel* à la recherche de tensions résiduelles (*body scan*).
7. Les *terminaisons de la séquence*.
8. Les *réévaluations des effets obtenus* avec orientation du travail dans le sens passé, présent, futur.

Je ne compte plus le nombre d'articles sur la parenté entre hypnose et EMDR, très bien synthétisée par Y. Doutrélugne et O. Cottencin dans leur livre *Thérapies Brèves : Principes et outils pratiques*.

J'ai déconstruit l'EMDR en plusieurs éléments un peu à la manière d'un puzzle pour les réintroduire dans ma pratique telle qu'elle est décrite ci-dessus. J'ai ainsi sélectionné les éléments suivants :

- l'utilisation des ressources, entre autres la *place sûre*, que j'utilise comme des techniques d'hypnose;
- les mouvements alternatifs que j'utilise (comme la lévitation) comme technique d'induction, comme stabilisateur de la relation patient-thérapeute et du processus qui se déroule, c'est-à-dire comme technique d'accompagnement idéomoteur, comme tâche et comme ancrage corporel;
- le protocole que j'utilise comme technique de mise en forme du problème, sur un mode circulaire à partir de ce que présente le patient : cible, croissance, émotions, sensation, gestuelle étant autant de portes d'entrées à partir desquelles il est possible de reconstruire l'ensemble du protocole.

Schéma thérapeutique de l'HTSMA dans la douleur

La plupart des patient(e)s me sont adressé(e)s par des centres antidouleurs. La fibromyalgie représente 80 % de ces demandes.

Les huit phases successives de l'HTSMA dans la douleur

- L'alliance thérapeutique.
- La définition de l'objectif.
- L'installation de ressources, dont la place sûre.
- La mise en forme du problème.
- La résolution du problème.
- La prescription de tâche.
- La projection dans le futur.
- La fin de la thérapie.

Alliance thérapeutique

Comment créer un espace thérapeutique suffisamment sûr ?

Ayant plusieurs « casquettes », j'ai à déterminer dans quel état d'esprit vient la patiente douloureuse. Il y en a principalement trois :

- Celle qui vient voir un hypnothérapeute parce qu'on lui a dit que ça pourrait lui faire du bien. Elle vient dans une attente fonctionnelle et médicale. Souvent, elle se demande pourquoi on l'a envoyée voir un psychiatre. Le lien corps-esprit n'est pas dans ses représentations. La représentation de l'hypnose est très vague. La question est alors : *Comment passer d'un modèle fonctionnel et non impliquant à un modèle interactionnel ?*

- L'autre vient voir le psychiatre soit pour diagnostiquer voire traiter un trouble considéré comme une conséquence (dépression, psychotraumatisme, stress), soit dans la perspective d'obtenir un certificat longue maladie, invalidité, reconnaissance Cotorep, etc. ;

- La dernière vient avec une demande de thérapie, intégrant l'idée que le corps et le mental interagissent. Elle s'approprie la démarche.

J'ai tendance à débiter le plus souvent comme s'il s'agissait d'une intervention sous contrainte : « À votre avis, qu'est-ce qu'attend le médecin du centre antidouleur de votre venue ici ? »

Je vais utiliser un *questionnement* qui va me permettre d'observer et de repérer :

- du côté de l'environnement :
 - ce qui a été entendu et ce qui ne l'a pas été,
 - ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas ;

- du côté du patient :
 - les situations où la douleur est moindre,
 - les parties saines,
 - les ressources actuelles et passées (souvenirs) : expériences de récupération (en termes de repos et d'énergie), de réussite,
 - les événements de vie : situations qui déclenchent et/ou amplifient les douleurs ; événements négatifs (traumatismes physiques et/ou psychologiques, dépressions, stress, fatigue et particulièrement les troubles du sommeil, dysfonctionnements dans l'hygiène de vie qui peuvent nécessiter un traitement spécifique),
 - les croyances sur lesquelles repose sa vision du monde,
 - l'intensité et les conséquences de la gêne en lien avec la douleur ;
- du côté de des proches : la manière dont ils vivent la situation, ce qu'ils en pensent, leurs attentes.

Évaluer avec le patient la façon dont il se sent compris par le thérapeute, la pertinence de l'objectif, sa confiance dans l'issue de la thérapie et dans les tâches prescrites permet de renforcer l'alliance.

Définition de l'objectif

L'objectif que le patient souhaite atteindre doit répondre à plusieurs critères. Voici quelques repères.

L'OBJECTIF DOIT ÊTRE RÉALISTE

Supprimer la douleur n'est pas un bon objectif.

L'OBJECTIF SERA DÉCRIT SUR UN MODE AFFIRMATIF

Voilà ce que je souhaite obtenir. Par exemple : « Je souhaite pouvoir m'occuper de mes fleurs dans mon jardin ».

L'OBJECTIF DOIT PARLER AU THÉRAPEUTE

On peut imaginer l'objectif comme une porte à atteindre, qui peut être ouverte, que le patient et le thérapeute peuvent se représenter. Peu importe si, par la suite, une autre porte est ouverte.

Un bon objectif est un objectif qui, une fois atteint, devient un moyen pour atteindre un autre objectif.

Une jeune femme est venue me consulter pour un acouphène de l'oreille gauche. Cet acouphène l'énervait, lui donnait des maux de tête et la rendait irritable particulièrement avec sa fille. Elle me dit que son passé est difficile, qu'elle a fait une tentative de suicide, qu'elle a déjà vu des psychiatres, fait des psychothérapies mais elle ne vient pas pour ça et il n'est pas question de revenir dessus.

Après deux séances pour établir l'alliance car elle était à la fois décidée et à la fois méfiante et distante, nous avons défini son objectif, c'est-à-dire à quoi elle verrait que nous pourrions arrêter notre travail ? Elle a alors accepté de faire l'expérience suivante. J'ai commencé par lui demander de se focaliser sur son oreille saine. Nous avons amplifié la perception de son oreille saine avec les mouvements oculaires. Cela a déjà été une surprise pour elle car c'est comme si elle avait oublié la présence de cette oreille qui fonctionne bien... L'étape suivante a consisté à *tisser* à l'aide des mouvements oculaires cette perception avec l'acouphène de son oreille gauche.

En deux séances l'acouphène a diminué d'intensité, ses céphalées ont disparu, elle est devenue moins irritable avec sa fille et elle a même recommencé à sortir à des soirées entre amies. À ce moment, elle m'a dit qu'elle était capable de gérer son acouphène et que le résultat obtenu lui suffisait et qu'elle se sentait capable de l'entretenir. Nous nous sommes séparés.

S'AGIT-IL DE TRAITER CETTE DOULEUR COMME UNE DOULEUR AIGUË OU CHRONIQUE ?

• **Douleur aiguë**

La douleur est l'expression d'interaction(s) dysfonctionnelle(s) entre un sujet et un contexte. L'objectif est alors de traiter ce qui provoque la douleur (action), le vécu douloureux immédiat ou résiduel (sécurisation) et de modifier la sensation douloureuse.

Il va sans dire que toute douleur corporelle non expliquée par le contexte demande une exploration médicale.

• **Douleur chronique**

Il s'agit là de traiter l'interaction entre le sujet et sa douleur dans ce qu'elle a de douloureux. Les explorations et les traitements médicaux sont le plus souvent déjà en place. Les composantes cognitives, comportementales et contextuelles qui entretiennent ou amplifient le vécu douloureux sont à traiter d'abord, l'objectif étant de ramener une douleur chronique à pouvoir être traitée comme une douleur aiguë.

Il pourra être utile de conserver une petite intensité de douleur 1,2,3 sur 10 qui disparaîtra d'elle-même si la patiente y est prête.

UTILISATION DU DESSIN

Lorsque la patiente a quelques difficultés à définir un objectif, je peux recourir à une technique de dessin. Dessiner dans un coin d'une feuille le problème pour lequel elle consulte et dans l'autre le problème réglé. Parfois ce qui est dessiné n'a pas à voir avec la douleur : je me souviens d'une jeune fille de 14 ans : elle n'avait pas dessiné la douleur de son genou qui l'empêchait de marcher mais celle de son père, invalide depuis plusieurs années.

RISQUES DU CHANGEMENT

Ils doivent être évalués tant au niveau familial que professionnel. Nous avons vu comment ils ont posé problème dans la thérapie de Madame C. Ceci est très fréquent dans la fibromyalgie.

Nous pouvons aussi aborder la question dans l'autre sens : « Si rien ne change, qu'est-ce qui risque à votre avis de se passer? »

RECADRAGES

Certains peuvent être utiles. Par exemple, dans la fibromyalgie, il y a souvent une demande implicite de supprimer les douleurs pour redevenir comme avant. Je peux dire : « Ce n'est pas d'aujourd'hui que vous êtes malade, c'est d'hier ». Je leur donne l'exemple du fumeur qui arrête de fumer et qui présente bronchite sur bronchite. Cela veut dire que maintenant, elles entendent leur corps, qu'avant elles n'entendaient pas.

Ceci permet un 2^e recadrage sur le fait que la douleur est un signal d'alarme : « L'entendre, entendre son corps parler, c'est entendre la vie circuler en soi ».

Ce qui permet un 3^e recadrage : « Quand on joue avec le signal d'alarme pendant longtemps, il est tout le temps allumé sans raison ».

Ce qui permet d'amener le travail sur « Comment être l'amie de votre corps? Et comment vous autorisez à l'entendre? »

« Vous savez votre corps, tant qu'il n'aura pas confiance en vous, il continuera à activer le signal d'alarme, pour un oui pour un non, à la moindre pression. Comment vous pouvez devenir copine de ces douleurs? ».

- **La métaphore de la guerrière à la conquête d'un monde sans problème.**

Où il s'agit de se battre contre elle-même pour préserver l'autre et éviter tout conflit. Une guerrière qui doit rester en alerte et à laquelle tout repos est interdit. Une guerrière en quête de reconnaissance tant elle dépense d'énergie et comment elle est prête à se sacrifier pour que la paix règne autour d'elle. Seulement, la guerrière s'est effondrée, a trébuché et son corps s'est réveillé plein de blessures, non ou mal cicatrisées. Qui va s'intéresser à une guerrière blessée? Alors elle tente de se relever pour à nouveau se battre sans savoir que c'est à elle qu'elle inflige des blessures. Puis elle retombe, etc.

- **Compliments**

Quelques compliments peuvent être également utiles : ils porteront sur la façon dont la patiente fait face à ses souffrances, affirme son système de valeurs et défend sa vision du monde. Ils peuvent porter sur le courage, la résistance, la capacité à faire face. Mais aussi sur la capacité à se sacrifier, l'abnégation, la persévérance.

La patiente peut être à la fois une victime du devoir, de l'environnement (famille d'origine, famille actuelle, milieu professionnel, milieu social) qui en a souvent tiré profit, de son corps qui la trahit et qui effondre son système de croyances.

Utilisation de la place sûre et des ressources

L'utilisation de la place sûre et des ressources a comme fonction de permettre au patient de se réapproprier sa capacité d'être en contrôle sur son espace. La place sûre est une forme spécifique de ressource qui traite de la capacité à pouvoir construire et entretenir une relation sécurisée avec soi-même, avec l'autre (en l'occurrence le thérapeute) et avec le contexte.

Le thérapeute va mobiliser les expériences réussies du passé en termes de sécurité ou d'action :

– à tel moment et dans telle situation, j'ai fait l'expérience de me sentir en sécurité (place sûre);

– à tel moment et dans telle situation, j'ai été capable de mobiliser telle ressource pour traverser telle épreuve.

Une bonne place sûre n'est pas forcément un bon souvenir. Elle doit répondre aux caractéristiques suivantes : lieu familier, relation familière, où le sujet a la conviction d'être en contrôle et qui peut se répéter dans le temps.

Ce qui nous intéresse est l'ancrage corporel du vécu polysensoriel associé à la remémoration du souvenir. C'est cet ancrage dans le présent que le patient va pouvoir réutiliser dans sa vie quotidienne comme au décours de la thérapie si cela s'avère nécessaire.

Dans le travail sur la place sûre et des ressources, les techniques hypnotiques de régression en âge, d'hypermnésie et d'hallucinations positives sont les bienvenues. Les mouvements alternatifs vont en accélérer le processus.

Une bonne ressource est celle qui en active d'autres, et permet à notre patient de se remettre dans un processus relationnel dynamique et plus adaptatif, dans le sens : d'être plus capable d'explorer et d'expérimenter les expériences relationnelles de notre monde.

L'utilisation des ressources congruentes à la résolution de problèmes représente la voie solutionniste des thérapies brèves développée par Steve de Shazer.

Renée m'était adressée par un centre de la douleur pour syndrome polyalgique diffus. Elle se présentait comme une énorme plainte douloureuse envahissant l'espace et le temps de la séance, me délivrant comme une carte de visite son parcours fait de violences, d'agressions, d'abus et de séjours en prison...

Après une série d'entretiens avec questionnement et recadrages ayant pour but d'établir une relation stable et un objectif à la thérapie, nous en sommes arrivés

à travailler la place sûre. J'ai demandé à Renée de retrouver dans son histoire le souvenir d'une situation où elle a été capable d'être en contrôle à un moment particulièrement difficile pour elle.

Après un temps d'attente, Renée m'a répondu : « C'est quand je suis allée en prison. J'étais nue avec les autres détenues devant les gardiennes et j'étais humiliée. C'était insupportable. J'ai regardé un tabouret qui était là. C'est la seule chose qui me semblait normale. Je ne l'ai pas quitté des yeux. Ça m'a aidé à subir cette épreuve. »

La séance a alors consisté à retrouver ce souvenir précis, à amener Renée à se focaliser sur ses perceptions corporelles internes. La vision du tabouret dans ce contexte s'est accompagnée d'une sensation de relâchement musculaire, particulièrement au niveau de son ventre : « Je me sens plus apaisée ».

Je lui propose alors d'être en contact avec cet apaisement et de l'accueillir. Son corps se redresse dans le fauteuil et sa respiration devient plus ample. Puis, je lui demande comment son corps pourrait l'aider à retrouver cette sensation d'apaisement. Sa main droite vient alors se poser sur son plexus solaire. Je propose à sa main, comme si je lui parlais, de garder le contact aussi longtemps que nécessaire de telle sorte qu'elle puisse l'accompagner dans sa vie quotidienne aussi longtemps que cela lui sera utile.

Ensuite, j'ai proposé à Renée de retrouver cette sensation d'apaisement en remettant sa main droite sur son plexus puis de s'imaginer dans un moment futur de sa vie quotidienne où cela pourrait lui être utile, ce qu'elle a fait (projection dans le futur). Enfin, je lui ai proposé de cultiver cette relation.

Nous avons pu utiliser ce travail pour renforcer la relation thérapeutique, de son côté comme du mien et aborder d'autres situations difficiles (relation à la douleur, relation à son ami, etc.).

Mise en forme du problème et activation des ressources

La mise en forme du problème a pour objectif d'externaliser la plainte sous une forme qui parle à la fois au thérapeute et au patient.

L'activation des ressources a pour fonction de mettre en mouvement ce qui est sain et de l'internaliser, d'amener le patient qu'il est acteur de sa/ ses ressource(s).

Résolution du problème

Elle correspond à la phase de tissage entre la partie saine et la partie dysfonctionnelle.

Lorsque, par un fait étrange, se dissout l'intensité du vécu de détresse, alors la plainte se dissipe et de nouveaux liens se construisent. Là où le vécu de détresse dissociait le patient de son expérience présente et l'engageait dans un processus d'exclusion, son association à ce qui est encore sain (en lui et autour de lui) permet la mobilisation du processus de changement.

Il s'agit d'aider le patient à passer du monde de la plainte (qui conduit à l'exclusion du reste), à ce « *et* » qui unit ce qui marche à ce qui dysfonctionne dans une représentation plus vaste. La mise en mouvement qui permet le changement est tout entière contenue dans ce « *et* ». C'est comme si, à ce moment-là, s'effectue un tissage, un tressage, un tricotage au niveau sensoriel entre la sensorialité de la partie saine et la sensorialité de la partie dysfonctionnelle. L'action, le mouvement, la réalisation de la tâche, le geste dirait F. Roustang, permet ce tissage et ainsi reconnecte le sujet, le réassocie à son contexte de vie, c'est-à-dire le repositionne dans ses relations à lui-même, à l'autre et au monde. Ce repositionnement s'exprime par une attitude différente, une nouvelle posture, une vision du monde élargie.

Lévitation, métaphore, prescription de tâches, mouvements alternatifs ont comme fonction de tisser les deux parties. C'est comme s'ils mettent en mouvement le *et* qui va lier les deux parties. De ce tissage, va émerger la solution pour le patient. Les mouvements alternatifs mobilisent dans le présent la représentation du problème externalisé.

C'est ce à quoi nous assistons chez nombre de patients douloureux chroniques où la diminution de l'intensité du vécu de détresse lié à la douleur d'une part, et l'acceptation à la fois de la présence de la douleur et à la fois la reconnexion à ce qui marche d'autre part, améliorent très nettement leur existence.

EXEMPLE : TRAVAIL D'UNE DOULEUR REBELLE

La situation de cette patiente, F, a été vécue en démonstration, lors d'une formation.

T : Bonjour, raconte-moi !

Demande : *Quel est le problème ?*

F : Depuis 6 mois, j'ai mal aux hanches ça va de mal en pire.

T : Tu as fait des radios ?

F : Oui, il n'y a rien aux hanches.

Silence...

F : Ils ont trouvé une hernie discale L5 S1. Ils pensent que mes douleurs sont des douleurs de mauvaises positions. C'est ce qu'ils disent...

F exprime un doute : de quel ordre est-il ?

T : Tes difficultés sont-elles en rapport avec ces douleurs ou avec le diagnostic qui a été fait ?

F : Non, sur les douleurs. Le diagnostic, je m'en fiche en fait, ce sont ces douleurs qui m'énervent.

T : D'accord. Simplement, le diagnostic qui a été fait, tu y crois à combien entre 0 et 100 ?

F : À 80 %.

T : Donc tu y crois à 80 % au diagnostic et les 20 % restants, ils disent quoi dans ta tête ?

Utilisation d'une échelle comme recadrage

F : Ça dit que je ne sais pas pourquoi, d'où ça vient et que je ne sais pas pourquoi j'ai mal aux hanches et que ça me soûle et voilà...

T : Tu ne sais pas pourquoi tu as mal aux hanches et ça te soûle, j'ai bien compris?

F : Voilà...

T : Qu'est ce qui te soûle?

F : Que je ne veux pas avoir mal aux hanches.

T : Attends, qu'est-ce qui te saoule? C'est d'avoir mal aux hanches ou ce qui te soûle c'est de ne pas savoir pourquoi tu as mal aux hanches?

F : Un peu des deux...

T : Un peu des deux...

F : Ouais, c'est assez insupportable de ne pas savoir pourquoi!

T : D'accord.

F : Voilà! Et en plus j'aimerais bien ne pas avoir mal.

T : D'accord.

F : Peut-être que c'est plus le fait de ne pas savoir pourquoi.

Nous pouvons observer comment il ne faut pas prendre pour argent comptant ce que le patient nous dit sinon on ne sait pas à quel niveau d'intervention on est. En termes interactionnels, en étant dans le pourquoi, elle rajoute de la douleur à la douleur sous forme d'insécurité et de détresse. Tant qu'on n'a pas modifié cette relation douloureuse à sa douleur, ça n'est pas la peine de s'en occuper.

On va axer le travail sur l'interaction entre elle et sa douleur, sur le rapport qu'elle entretient avec sa douleur. Comment l'aider à modifier ce rapport?

Puis, dans un deuxième temps, on vérifiera l'effet que le travail a sur sa douleur en termes d'intensité et si nécessaire, on traitera la douleur comme sensation douloureuse aiguë.

Dans le traitement de la douleur chronique, je commence par traiter le rapport à la douleur. Dans la douleur aiguë, je traite la sensation douloureuse.

Mise en forme du problème : déconstruire le pourquoi

T : Est-ce que tu nous permets d'utiliser une petite technique?

F fait un signe d'acquiescement de la tête.

T : Je vais te demander de mettre F dans une main et la douleur des hanches dans l'autre. Est-ce que c'est réalisable pour toi?

F : Oui.

T : Et je vais te proposer de mettre tes mains les paumes l'une en face de l'autre. Voilà.

T : Maintenant je vais proposer à tes yeux de suivre le mouvement de mes doigts, sans bouger la tête, et je vais te demander d'accueillir ce qui vient...

On peut y rajouter une suggestion : nous allons demander à ton inconscient qu'elle forme va prendre ce qui se passe entre les deux mains?

Après une séquence d'une quinzaine d'allers-retours (en commençant et en finissant entre les deux mains), je demande ce qui vient, quelle forme va prendre cette interaction entre elle et la douleur de ses hanches.

Mouvements oculaires.

T : Qu'est-ce qui vient?

F : J'ai chaud.

Il peut venir des images, des pensées, un souvenir, des émotions, des gestes ou un changement de posture, des sensations corporelles.

On continue les mouvements oculaires entre les deux mains et en même temps, on demande au patient de se focaliser sur ce qui apparaît de différent.

Mouvements oculaires.

F : Je respire plus vite et plus fort. J'ai les jambes vides.

T éternue et dit « ça me décoince »...

F se met à rire et dit « Je vais me décoincer » et elle continue à rire, accompagnée du thérapeute.

Mouvements oculaires.

T : Qu'est-ce qui vient là ?

F : La tête très chaude et les jambes froides.

Mouvements oculaires.

T : Qu'est-ce qui vient ?

F : Mes jambes sont lourdes. Elles sont froides et ma tête est chaude.

T : On continue ?

F : Oui, oui...

T : D'accord.

On est à une étape : les sensations des deux parties du corps vont-elles se tisser ou va-t-il y avoir une situation de blocage : la partie haute restant chaude et la partie basse froide ?

On peut continuer de la même façon tant que des choses nouvelles apparaissent. Si ça reste bloqué, le processus se fige alors on modifiera le dispositif en utilisant la technique de « fusion des extrêmes » : la partie haute d'un côté et la partie basse de l'autre et mouvements oculaires (ou tapping des genoux) entre les deux.

T : Reste bien en contact avec ta tête et tes jambes.

Mouvements oculaires.

F : On dirait que ça se réchauffe un tout petit peu dans la jambe (en même temps les mains commencent à se rapprocher l'une de l'autre)

Mouvements oculaires.

F : Ça ne bouge pas.

T : D'accord, on va continuer une séquence.

F : Ça ne bouge pas...

Silence

F : Les jambes sont décoincées (rires).

Éternuement du thérapeute.

Mouvements oculaires.

F : Je me sens coincée. *Silence.* Mes jambes sont mortes, froides et ma tête est chaude.

T : On continue ?

On est à une étape, on peut continuer de la même façon, ou on peut faire les choses autrement. Je ne sais pas quelle est la bonne. Là, je vais continuer de la même façon, on va voir si ça se débloque. On va voir si ça se tisse entre le haut et le bas : si ça ne tisse pas, je vais mettre le haut d'un côté et les jambes mortes de l'autre. Et je vais faire un tissage dans l'autre sens.

T : Reste en contact avec ce qui se passe : ta tête d'un côté, tes jambes de l'autre.

Mouvements oculaires dans le sens vertical.

F : On dirait que ça se réchauffe un tout petit peu dans la jambe.

T : On continue de la même façon.

Mouvements oculaires.

F : Ça ne bouge pas.

Mouvements oculaires.

F : Je ressens dans les jambes (pareil).

Mouvements oculaires.

F : J'ai chaud.

Il y a blocage : recadrage par résonance

T : Tu me permets de te poser une question curieuse? Il serait possible qu'il puisse y avoir chez toi quelque chose de douloureux qui pourrait te faire crier et qui t'empêche d'avancer?

F : Je ne sais pas.

Mouvements oculaires.

F : Transpiration froide au niveau de la tête et chaude ici.

Toux du thérapeute.

F : Tu devrais te faire soigner... (*Inversion de rôle*) rire

Mouvements oculaires.

F : Je suis une emmerdeuse (*croyance négative*), de quel droit je te dis ça? C'est bizarre les chemins que ça suit...

Toux à nouveau du thérapeute.

Résolution du problème : tissage

F : J'ai peut-être raison...

Mouvements oculaires.

F : C'est étrange, mes mains se rapprochent et je ne sais pas pourquoi...

Puisque ses mains se rapprochent, je vais lui tapoter plutôt, parce que ça veut dire qu'il se passe quelque chose d'important. Comme il se passe quelque chose, il faut faire en sorte que ça soit son inconscient qui travaille. F a une respiration profonde, une grande respiration. Comme l'a bien décrit Rossi, c'est que le travail s'intègre.

T : Une question que je pourrais poser : comme c'est étrange, je me demande ce que ces deux mains sont en train de te dire là, quand elles se réunissent...

F : Ce n'est pas encore relax, mais ça va.

Quand elle dit ça, on peut utiliser l'échelle de 0 (quand elle n'est pas relax) à 10 (le plus relax qu'elle ait connu). (J'inverse l'échelle SUD⁴⁵ pour la focaliser sur la partie relax.)

45. L'échelle SUD ou échelle de Wolpe est une échelle de 0 à 10 sur laquelle est estimé l'inconfort physique (corporel) de la personne. 10 = inconfort maximal / 0 = inconfort seul.

F : Je suis à 5.

T : Reste en contact.

Mouvements oculaires.

J'utilise une question d'Ernest Rossi : « Si tes mains tenaient quelque chose de tout à fait précieux pour toi, de vraiment important, ça serait quoi ? »

F : Moi.

T : Et ce toi, s'il prend une forme, laquelle ce serait ?

F : Un diamant.

Mouvements oculaires.

Découverte la métaphore de la croyance positive.

T : Comment ça réagit ?

F : C'est bien.

Je vais orienter vers l'ancrage corporel de cette croyance positive comme ressource.

Ancrer une ressource

T : Maintenant que tu tiens ce diamant, dans quelle partie de ton corps tes mains vont-elles le mettre ? Ferme les yeux et laisse venir ce qui vient...

Quand on est dans l'intégration, on est dans un processus de transe, il faut qu'elle ne fasse plus qu'un avec le diamant, qu'elle s'hallucine comme diamant...

F : Je brille (sourire de joie : ses mains sont sur son cœur).

Je pourrais faire du tapping. Comme elle semble s'absorber naturellement, ce n'est pas utile.

T : C'est magique. Là on va faire la dernière étape du travail. Maintenant, tu appelles le diamant et je vais te demander de te focaliser sur tes hanches, en fait je vais te demander de te focaliser sur le point de ton dos le plus perturbé.

Mouvements oculaires.

F : Je ressens une pointe.

T : Excellent !

Mouvements oculaires.

F : Elle a disparu.

T : C'est passé, c'est bien.

Mouvements oculaires.

F : Ferme les yeux et accueille ce qui vient...

L'objectif sera de lui prescrire comme tâche un exercice d'autohypnose.

C'est bien qu'elle puisse partir puis qu'elle puisse se remettre en contact. L'ancrage corporel avec les mains va servir d'induction à l'autohypnose. Chaque fois qu'elle en aura besoin, elle pourra l'utiliser.

F : Je suis bien.

Attente : sa main est encore sur son cœur.

Quand les mains quitteront son cœur, nous pouvons dire qu'elle est OK pour le faire. Tant qu'elles resteront en contact, ça veut dire que quelque part, elle a encore besoin de s'en nourrir. C'est important que ça soit elle qui aille à son terme, de respecter son rythme. Précipiter la suite risque d'altérer le travail.

Ce qui est important dans les vécus douloureux, c'est qu'à partir du moment où l'on rentre en lutte, on rentre en lutte contre son propre corps. On se retrouve comme un escargot qui ne peut plus rentrer dans sa coquille. À partir du moment où elle retrouve la sécurité de son espace intérieur, elle peut mieux mobiliser ses ressources.

Spontanément, les deux mains de F se séparent et se mettent à léviter jusqu'à tomber de chaque côté du corps. En même temps, elle se réoriente dans la pièce où nous sommes.

La prescription de tâche

Le thérapeute lui propose d'utiliser cet exercice comme tâche à faire à domicile. F acquiesce.

La séance est terminée.

Projection dans le futur

J'aurais pu compléter ce travail en projetant F dans son futur et ce avant de lui prescrire la tâche. Il s'agirait de lui proposer d'imaginer avec le diamant et les deux mains sur son cœur, comment elle pourrait *agir, penser et ressentir différemment* dans les jours et semaines à venir. Puis, j'aurais pu l'ancrer avec une série de mouvements alternatifs jusqu'à ce qu'elle puisse croire à 6 sur 7 sur 10 dans ce qu'elle aurait choisi.

Ce temps a pour objectif d'orienter l'attention du sujet vers sa vie quotidienne, d'amorcer la fin de la thérapie et de préparer à la séparation.

Fin de la thérapie : la séparation

À la fin de la thérapie, le thérapeute évalue :

– le *degré de satisfaction dans la thérapie*, recherche de *peurs anticipatoires* (comme la peur de la rechute) qui pourraient altérer le maintien des résultats ;

– *s'il y a un autre travail à entreprendre*, maintenant ou ultérieurement. Il n'est pas rare que, lorsque le vécu de détresse se dissipe et que la patiente reprend un meilleur contrôle, réhabite son espace, des problèmes apparaissent dans ses rapports avec son travail, ses ami(e)s, sa famille ou son couple... ;

– *ce qu'elle a pu en apprendre et qui pourra lui être utile*. Chez certain(e)s patient(e)s, cela peut les amener à se questionner sur le sens de leur existence et à trouver d'autres orientations...

Victor Frankl, psychiatre et fondateur, à partir de son expérience des camps de concentrations, de la logothérapie, posait à ses patients la question suivante : « Qu'est-ce que la vie attend de toi ? ». C'est une bonne manière de se remobiliser en acteur responsable de ce qui vit et non plus de subir ce qui est figé...

Souvent, je dis que si la personne en a besoin, ma porte lui est ouverte. Dans tous les cas, cela me serait agréable qu'elle m'envoie de ses nouvelles dans 6 à 8 mois pour me dire ce qu'elle a encore fait comme progrès.

Conclusion

Lorsque je regarde mon histoire personnelle, la question de la relation ou plutôt la question de *la relation qui soigne* est centrale. Elle m'a amené à faire des études de médecine. Ces études m'ont appris un mode de pensée, une stratégie (signes, diagnostic, traitement), des techniques et pas grand-chose sur cette relation comme si elle était secondaire, accessoire voire parfois limitante. Alors, je me suis orienté vers la psychiatrie et pendant longtemps, j'ai eu plus le sentiment d'apprendre par « le parler sur » que d'expérimenter et partager cette relation de soin.

Le chemin parcouru toutes ces années dans le monde de la communication hypnotique et des thérapies brèves ont amené une réponse étonnante à ma question : c'est qu'il n'y a pas de question. La relation qui soigne *est*, c'est-à-dire qu'elle se vit. Elle est dans l'acceptation de ce paradoxe qui consiste à construire un espace thérapeutique sécuritaire. La mise en place de cet espace participe du savoir-être et du savoir-faire du thérapeute et peut prendre des formes variables, chaque patient étant unique. Patient et thérapeute vont agir à la fois ensemble et dans la différence cette relation orientée vers la réalisation d'un but partagé qui reconnecte chacun à son contexte de vie.

QUE RETENIR ?

La douleur est une détresse qui amène à une plainte, en rapport avec soi-même, les autres et le monde. Elle peut être comprise à la lumière du vécu traumatique dans ces dimensions.

Le traitement de la douleur aiguë et de la douleur chronique (fibromyalgie, par exemple) sera différent.

L'HTSMA est issu de trois courants : l'hypnose éricksonienne, les thérapies stratégiques (Palo Alto, Erickson, les solutionnistes) et l'EMDR de F. Shapiro.

Insistant sur l'alliance thérapeutique, définissant les critères de l'objectif, installant des ressources (dont la place sûre), il utilise toute la palette des outils des thérapies brèves (y compris le dessin solutionniste) et de l'hypnothérapie pour élargir les indications de l'EMDR, en rendre la pratique plus sûre, plus rapide et plus efficace, amenant à une compréhension différente de la psychopathologie.

Pour en savoir plus

- BANDLER R., GRINDER J. – *Les secrets de la communication*. Le Jour, Montréal, 1981.
- BARDOT E. – La douleur dans l'entonnoir. *Hypnose et thérapies brèves*, 2007, 3, 26-38.
- BENOÎT J.-C. – *Grégory Bateson : La crise des écosystèmes humains*. Médecine et Hygiène, Paris, 2004.
- DELBOEUF J., in DUYCKAERTS F. – *Joseph Delboeuf, philosophe et hypnotiseur*. Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1992, 97.
- DOUTRELUGNE Y., COTTENCIN O. – *Thérapies brèves : Principes et outils pratiques*. Masson, Paris, 2005.
- DE SHAZER S. – *Clés et solutions en thérapie brève*. Satas, Bruxelles, 1999.
- DE SHAZER S. – *Les mots étaient à l'origine magiques*. Satas, Bruxelles, 1999.
- ERICKSON M.H. – *Collected papers*. Satas, Bruxelles, 1999.
- HENDRICK S. – *Un modèle de thérapie brève systémique*. Collection Relations, Érès, Ramonville, 2007.
- JANET P. – *La médecine psychologique*. Flammarion, Paris, 1923.
- LABORIT H. – *L'inhibition de l'action biologique, physiologique, psychologique, sociologique*. Masson, Paris, 1979.
- MILLS J.C., CROWLEY R. – *Métaphores thérapeutiques pour enfants*. Collection « Reconnaissances », Desclée de Brouwer, Paris, 1986.
- NARDONE G., WATZLAWICK P. – *L'Art du Changement*. L'Esprit du temps, Bordeaux, 1993.
- ROSSI E.L. – *Du symptôme à la lumière*. Satas, Bruxelles, 2001.
- ROSSI E.L. – *Psychobiologie de la Guérison*. Le souffle d'or, 2002.
- ROUSTANG F. – *Il suffit d'un geste*. Odile Jacob, Paris, 2003.
- SALEM G., BOVIN E. – *Soigner par l'hypnose*. Collection pratiques en psychothérapie. Masson, Paris, 2004.
- SHAPIRO F. – *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford Press, New York, 1995.
- FRANKL V. – *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Éditions de l'homme, Ivry, 1998.
- WATZLAWICK P. – *Le langage du changement*. Seuil, Paris, 1980.

6

Thérapies brèves en psychiatrie de liaison

O. Cottencin



Qu'est-ce que la psychiatrie de liaison ?

La mise en place de structures hospitalières ayant pour mission une activité de consultation de liaison a commencé aux États-Unis dès les années 1930 (Billings, 1939 *in* Consoli, 1998). Mais c'est en 1959 que le premier service de « psychiatrie de consultation – liaison » vit le jour au *Royal Victoria Hospital* de Montréal grâce à Lipowski (Consoli, 1998). Cette nouvelle discipline avait pour mission principale de « mettre au service des patients et des soignants des services de médecine et de chirurgie, les compétences développées par la psychiatrie, hors des murs des structures de la santé mentale » (Zumbrunnen, 1991).

Dès lors, la psychiatrie de liaison a connu un essor considérable, tant la médecine a su renouer avec une approche globale de l'individu (forte de l'intuition ancienne de l'interaction permanente entre santé psychique et santé physique, entre individu et environnement, entre tempérament, humeur, personnalité et équilibre biologique).

En France, c'est l'équipe de Silla M. Consoli (1998) qui a su définir les concepts et les limites de la psychiatrie de liaison montrant qu'une telle transformation de l'exercice médical tient aussi bien aux contingences de la médecine actuelle qu'aux confirmations expérimentales apportées par la recherche fondamentale ou par les travaux épidémiologiques.

La première mission de cette activité est d'assurer *l'accompagnement et le soin des patients atteints de troubles psychiatriques hospitalisés à l'hôpital général*. Il peut s'agir :

– de patients atteints de troubles mentaux connus, nécessitant des soins somatiques (un patient atteint de schizophrénie ou de dépression ayant une fracture de jambe);

- de patients ayant des troubles psychiatriques de novo au cours d’une maladie organique (apparition d’une dépression lors d’un infarctus du myocarde);
- de patients atteints de maladies psychosomatiques (asthme, psoriasis, pelade), de maladies psychiatriques à expression somatique (hypocondrie), de maladie somatique à expression psychiatrique (la confusion mentale);
- de patients atteints d’intrications médicopsychiatriques (neuro lupus);
- de patients suicidants hospitalisés en raison des conséquences somatiques de leur geste.

L’autre mission de la psychiatrie de liaison est *l’aide et le soutien psychologique aux patients, à leur famille et... aux soignants*. Loin de vouloir se substituer à la psychologie médicale que chaque médecin et son équipe apportent aux patients en souffrance, il existe des situations dans lesquelles le soutien des équipes ne suffit plus, *des situations dans lesquelles les équipes sont elles-mêmes en difficulté* :

- devant des patients atteints de maladies somatiques graves et leur contexte (douleur, cancer, fin de vie, sujet âgé, enfant, etc.);
- devant des patients en détresse psychologique et sociale;
- devant des patients « bénéficiant » des nouvelles technologies médicales (greffes d’organes, fécondation *in vitro*, diagnostic anténatal, cœur artificiel, etc.);
- devant des situations difficiles en relation avec l’annonce de mauvaises nouvelles, ou en relation avec l’éthique du soin.

C’est là l’occasion de réfléchir et de travailler sur la relation soignant – soigné, sur la relation soignant – soigné, sur le statut du soignant et celui du soigné dans la société, sur les objectifs et les missions du service d’accueil, sur l’éthique du soin, sur la douleur, la mort, la relation au médicament, etc.

Ainsi donc comme l’écrit Silla M. Consoli (1998), nous constatons que la psychiatrie de liaison participe à un double mouvement : celui de la *médicalisation de la psychiatrie* (le psy est à l’hôpital général pour y rencontrer des malades atteints de troubles psychiatriques) et celui de la *psychologisation de la médecine* (parce que nous ne pouvons plus faire autrement que de tenir compte de l’entièreté psychique et physique de l’individu pour le soigner).

La psychiatrie de liaison dans une vision systémique

Cependant, force est de constater que les patients que nous rencontrons dans les services de médecine et de chirurgie ne sont que rarement demandeurs de soins psychiatriques. Nos statistiques personnelles nous ont

d'ailleurs montré que les patients ne sont à l'origine de la demande d'une consultation « psy »⁴⁶ que dans 2,5 % des cas.

De plus, il s'agit en grande partie de leur première rencontre avec un « psy ». Qu'ils soient en difficulté psychologique face à une maladie somatique ou hospitalisés dans les suites somatiques d'un geste suicidaire en relation, ou non, avec un trouble psychiatrique, les patients que nous rencontrons sont réticents, et pour cause, à cette rencontre.

En effet, ils consultent d'abord leurs médecins traitants qui les adressent le plus souvent en cabinet libéral grâce à leur réseau personnel : ceci représente le cas le plus simple. En effet, ne reconnaissant pas toujours leurs troubles ou ne les admettant que lorsqu'il est trop tard, les patients préfèrent – lorsque la demande se fait urgente – s'adresser à leur hôpital général de proximité. Ainsi, c'est à l'urgence et/ou en service médicochirurgical qu'ils rencontreront parfois pour la première fois le « psy » de l'hôpital. Un tel contexte justifie donc de notre part une grande vigilance quant à la qualité de cette rencontre (souvent la première*) avec la psychiatrie et les « psys ». Et l'on peut aisément imaginer que sa préparation ne sera pas simple : réticence du corps médical lui-même, mauvaise connaissance du réseau de soins psychiatriques, délais importants de consultation, mauvaise réputation de ce que certains appellent encore « l'asile », et – ainsi que nous l'écrivions précédemment – mauvaise reconnaissance et mauvaise acceptation des troubles psychiatriques par les patients (et leur famille).

C'est donc dans ce contexte particulier que nous avons choisi de développer une *vision pragmatique* de la demande d'aide en psychiatrie de liaison, une *vision systémique brève*, comprenant bien que cette demande n'émanait pas toujours du patient.

Autant l'examen complémentaire est demandé par le médecin et attend une réponse précise de médecin à médecin, autant le recours à un psychiatre, même s'il nous est demandé parfois de façon autoritaire et/ou maladroite, répond toujours à une souffrance, qu'elle émane du patient ou... de l'équipe soignante. Peut-être est-ce dû au fait que la psychiatrie n'est pas une simple spécialité médicale, mais qu'elle représente, à côté de la médecine et de la chirurgie, l'un des trois grands pôles de soins (Guillibert et coll., 1990).

Il existe diverses façons d'aborder les problèmes humains. On peut analyser les processus intrapsychiques d'un individu, son mode cognitif, son comportement, etc. Il est également possible de s'intéresser particu-

46. L'intervention en psychiatrie de liaison n'est pas l'apanage des psychiatres. Elle comprend également les psychologues, les infirmiers de psychiatrie et les psychiatres. Nous appellerons ces intervenants les « psys ».

lièrement à la communication entre les personnes et/ou les groupes humains. Le sujet d'étude, de réflexion et d'action sera alors *l'interaction* des différentes composantes d'un système humain. Nous pensons que la psychiatrie de liaison, plus que toute autre activité psychiatrique, doit tenir compte du système dans lequel elle évolue. Car, même si le patient est au centre de notre intervention, il y a de nombreux écueils avant de pouvoir lui accéder. Obnubilés par le trouble du comportement ou par la peur du « patient psychiatrique » qui constituent souvent des motifs de demande de consultation, l'équipe médicochirurgicale doit comprendre que le patient ne s'agit pas tout seul, même s'il est psychotique et en proie à des hallucinations.

Nous sommes appelés au chevet d'un patient agité et halluciné en service de chirurgie. Après examen, nous constatons qu'il s'agissait en fait d'un patient en sevrage d'alcool qui présentait un delirium tremens. Après avoir conseillé la prescription de rigueur pour ce patient et proposé de le revoir pour l'orienter vers les structures de soins adéquates, l'équipe semblait déçue. La demande officielle était un avis psychiatrique, voire des soins psychiatriques pour cet homme. Mais très vite, en rendant compte de notre intervention, nous comprenions la véritable demande : « nous sommes en difficulté pour soigner ce patient en chirurgie, aidez-nous à le calmer (voire débarrassez-nous de lui) ».

Il était bien entendu hors de question dans un tel cas de les débarrasser du patient et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce que le delirium tremens est une confusion d'origine organique pour laquelle les soins doivent être assurés dans un lieu médicalisé. Ensuite parce que le transférer dans un service de psychiatrie serait les déposséder de la globalité du soin au patient. Lorsqu'une équipe médicale soigne un sujet, elle a cette tendance naturelle – qui lui a d'ailleurs été enseignée – de rechercher une seule méthode applicable pour tel ou tel type de patient. Or, la pratique médicale, c'est le contraire : elle doit s'adapter à chaque patient, c'est du « sur-mesure ». On ne soigne pas un diabétique de 20 ans, étudiant, entouré et n'ayant aucune conséquence physique du diabète de la même façon qu'un diabétique de 70 ans, illettré, isolé et aveugle.

Notre patient en sevrage éthylique devait accéder aux soins chirurgicaux malgré son comportement. Si l'équipe l'avait refoulé, elle trahissait sa mission de soin et la mission de l'hôpital. Il est donc indispensable pour le « psy » de ne pas se contenter de voir le patient, mais de travailler avec l'équipe afin que sa réponse satisfasse les deux. Ce n'est donc pas une perte de temps – bien au contraire – de passer au moins la moitié de la durée de l'intervention à travailler avec l'équipe.

Bien entendu, si le rejet est tel qu'il pourrait remettre en cause la qualité du soin apporté au patient au sein de ce service, le « psy » se doit de trouver pour ce patient un autre lieu de soins qui – même s'il est moins adapté – sera un moindre mal.

Ainsi donc, le « psy » de liaison ne travaille pas seul. Il travaille avec une équipe d'accueil, et il a intérêt, s'il ne veut pas être disqualifié *a priori*, à bien comprendre la demande et à offrir la réponse la plus adaptée, tout en respectant l'éthique du soin. Dans ce cas précis, la bonne connaissance de l'équipe – je n'étais pas un inconnu – a fait que le traitement fut rapidement donné et le patient rapidement calmé. Le « psy » de liaison de fonction doit devenir un nom. En travaillant souvent dans la même équipe, il se fait connaître, montre son expérience et peut changer plus facilement les comportements grâce aux expériences réussies antérieurement.

A contrario, il nous est arrivé dans d'autres services de faire l'exact opposé de ce que nous pensions être le meilleur pour le patient.

Un homme de 40 ans, psychotique, s'est blessé très gravement dans un contexte d'automutilation. Le chirurgien responsable de l'intervention nous appelle pour l'aider à gérer ce patient au sein de son service. L'équipe infirmière est effrayée à l'idée de garder ce patient en chirurgie, et de mon propre avis, il aurait été bien mieux hospitalisé en milieu psychiatrique. Oui mais voilà, son état clinique nécessitait une surveillance très étroite sur le plan chirurgical (il ne fallait pas qu'il touche à la reconstruction chirurgicale réalisée). Le patient, à ce moment du soin, ne pouvait pas le comprendre : dissocié, délirant, confus, il n'était pas en mesure d'adhérer aux objectifs du chirurgien qui, conscient de cette contrainte, souhaitait qu'il soit surveillé en chirurgie. Les sédatifs, les neuroleptiques ont eu raison rapidement de son délire et de son agitation (2 semaines). En revanche, la difficulté régnait auprès de l'équipe qui, à juste titre, ne se sentait pas capable de le prendre en charge. Notre travail de liaison a donc été de tenir compte absolument des principaux acteurs de ce système, en contradiction les uns avec les autres (et parfois avec eux-mêmes). Nous, les « psys », étions en contradiction avec l'idée du soin que nous voulions apporter. Le chirurgien voulait garder le patient alors que les infirmières n'en voulaient plus. Le patient n'était d'accord avec aucune des solutions et sa famille était perdue devant la gravité du geste. Nous avons donc rencontré tout le monde, isolément et ensemble. Trois semaines en chirurgie ont été négociées avec un relais en service de psychiatrie, à condition que les « psys » passent tous les jours (pour le patient et les infirmières), que la famille puisse aider les équipes, que le chirurgien explique tous les jours ses objectifs (au patient, à la famille et aux équipes), et enfin que l'équipe puisse avoir un débriefing quotidien auprès du « psy ». C'est au prix du respect du système que l'intervention de liaison fut cohérente et efficace. L'équipe s'est sentie demandeuse d'aide sans pour autant se sentir en dysfonctionnement. Elle s'est impliquée auprès du patient d'une façon très souvent pertinente et certainement plus efficace que si elle avait dû le soigner dans le conflit.

Les équipes doivent admettre que ce comportement pour lequel elles nous appellent a de l'importance aussi parce qu'elles sont concernées. Il s'inscrit dans une boucle interactionnelle entre elles et le patient, ou entre le patient et d'autres éléments de son environnement (l'institution, la famille, la société, etc.). Et ceci même s'il est sous-tendu par une patholo-

gie mentale. Cet outil « thérapie brève » a un indiscutable avantage pragmatique* et stratégique*. Il n'exclut pas pour autant d'autres modes d'approche. Il se veut concret et doit suivre un canevas d'intervention afin de rendre plus cohérente la réponse à la question posée.

Vous avez dit concret ? Prescription de soupe

Nous sommes appelés pour un problème chez un patient greffé d'organe. Cet homme, que nous avons déjà rencontré avant sa greffe, refuserait de prendre son traitement immunosuppresseur. Nous sommes à quelques jours de sa greffe. S'il ne prend pas ce traitement, il risque de perdre son organe greffé.

Avant de rencontrer le patient, nous rencontrons les infirmières : elles sont au plus près des malades et à l'origine de la demande. Monsieur D est décrit comme un malade difficile (il est exigeant et pose beaucoup de questions sur les traitements, les perfusions, le mode opératoire, etc.). « Il est stressé, il doit être dépressif. D'ailleurs, il a fait une dépression il y a 20 ans ». L'anthropologue qui sommeille en nous note les faits* et les sépare des commentaires*. Les faits : il ne prend plus son traitement. Les commentaires : il est malade mental, on n'aurait pas dû le greffer.

Nous rencontrons le patient, il est heureux de nous voir. « Personne ne m'écoute ici, il faut gueuler pour être entendu... ». Une fois calmé, il m'explique son très grave problème. L'immunosuppresseur qu'il doit avaler plusieurs fois par jour est une énorme gélule. « Vous allez rire Docteur... Une phobie de l'enfance que je n'ai jamais réglée : j'ai peur d'avaler les gros cachets. J'ai tout essayé et rien ne marche. ». Je ne rigole pas du tout de cette phobie de l'enfance. S'il ne prend pas son immunosuppresseur, il perd son organe greffé. S'il s'étouffe, ce ne sera pas mieux. Il n'est donc pas cette mauvaise tête, ce patient délicat, ce malade mental, précédemment décrit. Il est en proie à une vieille angoisse de l'enfance et son pronostic vital est en jeu.

T : Et comment faisiez-vous pour vous en sortir quand vous étiez petit ?

P : Ma mère me faisait une soupe épaisse, et avec la soupe, j'arrivais à avaler même les plus gros cachets.

T : Donc, prescription de soupe !

P : Jamais ils ne voudront.

T : Ça, c'est mon problème.

Je ne dirai pas que j'ai bataillé avec le personnel, cela aurait été inutile. En revanche, j'ai négocié pendant longtemps en m'appuyant sur les membres de l'équipe les plus disponibles à m'entendre. Nous sommes dans un service performant, ultra-technologique, et le « psy » va traiter l'anxieux avec de la soupe ! On aura tout vu. Je n'étais pas inquiet pour la soupe, je savais déjà que je l'obtiendrais. Sa fille s'était engagée pour lui en apporter matin, midi et soir. D'ailleurs, c'est ce point rapporté à l'équipe qui fut le moteur de l'acceptation de la prescription. En France, contrairement à d'autres pays, il est très mal vu que la famille se substitue aux soignants, participe aux soins, comprenez les soins pour les reproduire à la maison. Piquée dans son devoir de soignant,

l'équipe qui n'était pas prête à se plier aux exigences de ce patient s'est sentie investie d'une mission : faire de la soupe !

J'ai revu ce patient plusieurs fois. La crise est passée tranquillement, le symptôme aussi. Nous avons pu aborder comment communiquer avec l'équipe de façon plus adaptée, comment parler de son angoisse sans affoler l'entourage, comment vivre avec l'organe d'un autre. Toutefois, je lui ai demandé, à l'issue de chacune de nos rencontres, de bien vérifier s'il avait un thermos de soupe à sa disposition. Je connais trop bien les hôpitaux.

Qui demande ?

C'est une question fréquente en psychiatrie. En effet, certains de nos patients nous consultent, poussés par leur famille ou la société : les enfants et les adolescents par leurs parents, les patients délirants hospitalisés à la demande d'un tiers, les patients alcooliques conduits par leur conjoint, etc. Nous serions vite tentés d'amener au travail celui qui « porte le symptôme » pour lui permettre de changer. Mais ceci induit, nous le savons tous, de nombreuses résistances chez ces « faux-clients » peu convaincus d'avoir un problème ou d'avoir à changer (les adolescents en sont un bel exemple).

En psychiatrie de liaison, cette question est d'importance. Un de mes internes qui n'aimait pas la psychiatrie de liaison me répétait sans cesse qu'il rencontrait de nombreux patients qui n'avaient pas de demande. Effectivement, les patients qu'il rencontrait n'étaient jamais prévenus de sa venue. Ils ne risquaient pas d'être demandeurs ! Par ailleurs, j'apprenais de mes collègues médecins qu'ils n'appréciaient pas le travail de ce « psy », non sur le plan professionnel, mais dans le fait qu'il ne leur transmettait aucune information, ne laissait pas de transmission dans les dossiers, ne cherchait pas à les rencontrer.

On voit ici qu'en dehors d'une mauvaise volonté manifeste, le travail ne se fait pas seul. Le « psy » est appelé en territoire étranger. Plus qu'ailleurs, il n'a pas à venir en missionnaire, mais doit respecter, d'abord et avant tout, le motif de sa venue. Car, contrairement à ce qu'affirmait ce jeune homme, il y avait une demande. Mais ce n'était pas celle du patient. Répondons d'abord à la demande de l'équipe, ensuite nous verrons comment aborder le problème avec le patient.

La demande de l'équipe

La demande vient donc en grande partie de l'équipe. En thérapie brève, nous traduisons cette question par « Qui a un problème ? » ou encore par « Qui veut que cela change ? ». Cependant, il faut bien se garder de considérer l'équipe comme malade, voire pathogène. L'équipe – avec ses défauts et ses qualités – veut que cela change pour le patient. Si elle est en

souffrance, elle sera toujours prête à accepter une aide en propre, à condition que cela serve au bien-être du patient. Et nous le sentons bien lorsque nous arrivons dans un service où nous cherchons à interpeller les membres de l'équipe. Certaines équipes ont l'habitude de nous recevoir en tant que collègue participant à la prise en charge globale du patient. Elles nous fournissent les renseignements cliniques « objectifs » et « subjectifs » (nous préférons parler de *faits* et de *commentaires*) qu'elles auront identifiés comme utiles à la compréhension du problème, ou bien encore elles n'hésiteront pas à nous faire part de leur difficulté : « Comment aider ce patient ? », « J'ai le plus grand mal à faire comprendre que... », « Il ne prend pas son traitement », « Je n'en peux plus avec ce patient, je ne le comprends pas ».

En revanche, d'autres ne sont pas encore prêtes à comprendre qu'elles sont notre premier client. Lorsque nous arrivons sur place, nous avons toutes les peines du monde à interpeller quelqu'un afin qu'il nous explique la situation de ce patient. C'est dans ces circonstances que le « psy » de liaison doit comprendre qu'il doit aller chercher l'information précise dans sa définition la plus concrète pour ne pas dire la plus triviale.

Monsieur R est déprimé. Hospitalisé pour une maladie chronique invalidante, il ne parle plus au personnel, il pleure. Nous rencontrons avec difficulté les infirmières qui restent évasives sur le contexte de son hospitalisation et sur leur sentiment quant à sa situation. Lors de l'entretien, Monsieur R est en colère.

P : Ils appellent le « psy » parce que je suis fou !

T : Non ! Ils appellent le psy parce qu'ils vous prennent pour un fou. Pour l'instant, je vois que vous êtes en colère. Qu'est-ce qui vous met en colère ainsi ?

Au fur et à mesure de notre entretien, Monsieur R nous explique, le visage sombre, qu'il a refusé l'intervention chirurgicale et qu'on ne lui parle plus depuis lors. Il est âgé, il a bien réfléchi et ne voit pas l'intérêt de cette opération. En retournant parler avec le personnel, nous comprenons mieux leur demande : il fallait le forcer à l'intervention sinon dehors. Comment pouvions-nous intervenir valablement, si nous n'avions pas tous les éléments de la demande ? En allant voir seulement le patient, comment notre intervention aurait-elle été prise au sérieux ? En allant voir le personnel, nous avons pu discuter de l'éthique de cette intervention, nous faire présenter au médecin responsable de l'unité, rencontrer le patient avec lui, entendre les arguments de chacun et prendre une décision collégiale. Le patient n'a finalement pas été opéré : le médecin l'a compris, l'a expliqué à l'équipe, les soins se sont poursuivis. Quelques mois plus tard, on m'a demandé de faire un cours à l'équipe sur la dépression, les troubles de l'adaptation et la psychologie des hospitalisés...

Nous devons faire comprendre aux équipes qu'elles sont clientes de l'aide ou de l'intervention thérapeutique, de l'aide au diagnostic, mieux encore d'un transfert de certaines compétences en matière de compréhension du problème du patient, ou en matière de technique de prise en charge ou de communication. Ainsi mieux comprise, l'intervention du « psy » sera

renforcée et étayée par l'équipe. Il faut commencer par travailler avec celui qui est prêt à relever ses manches : le soignant.

D'autre part, travailler avec le demandeur est aussi une question de respect de l'équipe et de cohérence dans le travail. Comment pourrions-nous intervenir dans un milieu qui n'est pas le nôtre sans tenir compte des demandes de ceux qui nous accueillent. À défaut d'impliquer une équipe dans un soin « psy » à un patient, il est indispensable de leur donner le retour du travail que nous avons effectué.

Enfin, faire prendre conscience à l'équipe qu'elle est en demande, c'est aussi lui permettre de se *réapproprier* la prise en charge globale du patient. Bien souvent dès qu'un trouble psychique est identifié, nous constatons que le patient ainsi étiqueté perd sa place au sein de la filière de soins habituelle. Or, ce patient reste sous la responsabilité de l'équipe d'accueil, à moins d'un transfert en unité psychiatrique. L'intervention auprès de l'équipe permet de lutter contre la dichotomie soma-psyché et de faire comprendre les différents aspects cliniques de la prise en charge.

C'est l'exemple du patient en delirium tremens cité plus haut où, malgré notre diagnostic, il était perceptible qu'une partie de l'équipe – probablement moins expérimentée – souhaitait s'en débarrasser. Heureusement, notre bonne connaissance de ce service nous a permis de rencontrer l'autre partie de l'équipe qui, non seulement s'étonnait de notre présence pour ce patient, mais a pu expliquer aux moins expérimentés comment prendre en charge ce type de pathologie. Nous sommes dans une situation typique de perte de responsabilité de la chose médicale dans son ensemble et nous devons, en tant que « psys » de liaison, aider une telle équipe démissionnaire à se réapproprier la globalité du soin.

L'équipe ne se respecte plus elle-même. Identifier le demandeur permet d'apporter la bonne réponse à la bonne personne. Mais pour entendre ces réponses, il faut d'abord admettre les avoir posées. Comment l'équipe peut-elle aider le patient si elle est déjà réticente à reconnaître qu'elle est demandeuse d'aide, ou bien qu'elle n'est motivée que par la peur d'un comportement supposé pathologique ? Ce sera aussi notre rôle de lui expliquer que sa demande est toujours justifiée, même si l'on est parfois tenté de penser que ce n'est pas pour le « bon » motif.

Qui se plaint ? De qui se plaint-on ?

Toutefois, il existe un danger à vouloir à tout prix identifier le demandeur : *celui de ne travailler qu'avec lui*. Deux raisons à cela. La première est le risque d'être rejeté par l'équipe qui se sent trop impliquée, car n'oublions pas que c'est le comportement du patient qui a initié la demande d'aide. La seconde est d'oublier que même s'il n'est pas explicitement demandeur, le patient souffre et l'exprime par son comportement ou par ses symptômes et qu'il doit donc bénéficier d'une aide. Il ne vien-

drait pas à l'esprit d'un pédopsychiatre de ne travailler qu'avec les parents sans voir l'enfant qui lui est amené. La stratégie a ses limites et une bonne stratégie en psychiatrie de liaison est de ne pas perdre de vue que la personne qui est au centre de notre intervention est le patient.

Identifier la demande, la préciser, la clarifier, *séparer les faits des commentaires** reste donc la première tâche du « psy » de liaison. La demande étant clarifiée, l'équipe peut se l'approprier et surtout s'approprier la réponse du « psy » et pourra aider ce « psy » à l'aider.

Un de mes internes a très bien illustré cette problématique de la demande, lorsqu'un jour il me demandait s'il fallait répondre à la demande suivante : il était appelé au chevet d'une patiente par son mari et par l'équipe. La patiente, elle, ne demandait rien. Ayant bénéficié d'une très lourde intervention chirurgicale digestive, elle avait perdu l'enfant qu'elle portait dans les suites postopératoires immédiates. Cette fausse couche, dont on sait qu'elle est un traumatisme, était particulièrement dramatique en ce qu'elle avait lieu chez une femme qui avait engagé de nombreuses démarches d'aide à la procréation et ne pourrait plus avoir d'enfant après celui-ci. Le motif de demande était donc l'inquiétude du mari pour sa femme. Il avait constaté, ainsi que l'équipe infirmière, des pleurs, de la tristesse et un certain repli chez son épouse. Les infirmières, de leur côté, avaient constaté que, plus elles lui apportaient leur soutien, plus elle semblait triste et distante. Lorsqu'on lui proposait des soins psychiatriques, elle refusait catégoriquement expliquant qu'elle pouvait s'en sortir toute seule. Devait-on intervenir ? Nous avons pensé – nous pensons encore – qu'il faut toujours intervenir lorsqu'on nous le demande, quitte à ne pas répondre exactement à la demande initiale (certaines équipes psychiatriques pensent qu'il ne faut pas intervenir sur ce type de demande qui n'émane pas du patient). Mon interne s'est donc rendu sur place. Il a rencontré l'équipe, le mari puis fort de tous les renseignements nécessaires à la bonne compréhension de la situation, la patiente.

D'emblée, son discours était clair. « Je viens à votre chevet à la demande de l'équipe et de votre époux. Je sais que vous ne souhaitez pas me voir. Je sais que vous n'avez pas besoin de psy pour vous en sortir. Je donne juste le change à toutes ces personnes, car elles sont inquiètes pour vous ». Je ne rentrerai pas dans les détails de l'intervention sinon pour raconter que devant une telle franchise et une intervention *a priori* vouée à l'échec – du propre aveu du thérapeute – la patiente s'est immédiatement sentie en confiance. En effet, lorsqu'on rencontre des patients qui clairement ne veulent pas nous rencontrer, il est important de les prendre au sérieux. La patiente a vite compris que ce psychiatre la prenait au sérieux et respectait ses croyances. Il n'attendait rien de cette rencontre, il lui offrait simplement la possibilité de donner le change, elle aussi, à sa famille et aux soignants, afin qu'on la laisse tranquillement faire son deuil. Il la rencontra trois fois après cette première intervention. Toujours avec le même genre de précautions oratoires : comme pour sceller leur alliance thérapeutique, sous-entendant « nous ne travaillons pas, nous donnons le change ». L'équipe était rassurée, le mari également et la patiente a pu exprimer ses problèmes à quelqu'un d'extérieur en sachant que cela ne l'engageait à rien.

Une telle intervention est, à notre avis, fondatrice de ce que doit être la rencontre en psychiatrie de liaison avec le patient : un contrat, « le » contrat de la mission de l'hôpital. Le personnel a repéré une souffrance, nous sommes à la disposition du patient et des soignants pour aider à apaiser cette souffrance. Mais ceci ne peut se faire que dans la cohérence et le respect des règles de chacun. Le paradoxe d'aider des patients qui ne le demandent pas est fréquent. Lorsque l'équipe nous présente au patient, lui explique ses doutes, ses craintes, ses hypothèses diagnostiques, alors le patient peut mieux comprendre l'intervention du psychiatre de liaison. Il peut également la refuser, mais ce sera en toute connaissance de cause.

Le « psy » médiateur

Cette préparation changera totalement notre abord du patient. L'équipe, lorsqu'elle en est demandeuse, est bel et bien notre client. Le patient, lorsqu'il demande, interpelle l'équipe et nous devons tenir compte des deux, car l'équipe est responsable de la bonne marche des soins de ce patient. Rechercher qui demande en termes de clientèle nous permettra de mieux définir notre action et nous autorisera à agir puisque nous aurons toujours demandé la permission à chacun des protagonistes. Le « psy » se place à nouveau en position de *médiateur*.

Quel est le problème ?

Qui ? A fait quoi ? À qui ? D'emblée, nous constatons que la thérapie brève voit les problèmes sous un angle interactionnel plus que linéaire et causaliste. Ceci est un *a priori* qui peut se discuter puisque nous sommes censés être appelés pour un patient qui va mal sur le plan psychique. Or nous le savons, si cela était le cas, on n'aurait pas appelé la psychiatrie de liaison ainsi, mais le psychiatre de consultation. Car, en fait, le problème de l'intervention en psychiatrie de liaison n'est pas uniquement de rencontrer des patients atteints de troubles psychiatriques pour les orienter dans les hôpitaux psychiatriques, mais, bien plus souvent, de rencontrer une équipe qui demande de l'aide, dans le but d'aider un patient en souffrance psychique à *se maintenir au sein de l'hôpital général*.

Par ailleurs, ce type de questionnement montre encore une fois toute la *vision pragmatique* des thérapies brèves. En se fondant sur des faits et non sur des commentaires, le « psy » devra s'attacher à la question qui lui est posée. Il devra parfois la redéfinir en termes concrets et apporter des réponses concrètes (recadrage). En effet, le « psy » ne doit pas s'irriter de la définition des problèmes posés s'il veut continuer à travailler dans le service demandeur. Et c'est sa vision anthropologique des problèmes relationnels qui lui permettra de supporter ce qu'il pourrait au premier abord rejeter parce qu'il s'agit de « jugements de valeur » ou de « contre-attitudes ». La

classique demande : « tentative de suicide par phlébotomie, il sort demain » doit être plus l'occasion d'une future collaboration que de critiques qui ne peuvent qu'être néfastes à l'avenir. L'intervenant doit, devant la demande, être aussi réceptif qu'il peut l'être avec un patient en consultation traditionnelle. Une telle démarche d'accompagnement est source de dialogue et de réflexion. Alors que s'opposer à une équipe, même pour le bon motif, sera toujours préjudiciable pour le principal intéressé : le patient.

La demande deviendra, au fur et à mesure des interventions, plus adaptée, surtout lorsque le « psy » de liaison sera reconnu et authentifié par l'équipe comme un être compréhensif, bienveillant, écoutant, actif et concret. Tact et mesure associés à la personnalisation des liens sont des recettes fondamentales pour les prochains patients qui auront été préparés à une image différente du psy.

Les solutions choisies : lorsque le bon sens n'est plus le bon sens

En milieu médicalisé, le patient qui sort de son lit, qui s'agite, est une gêne. Une gêne pour l'équipe qui n'est pas habituée à ce type de patient, une gêne pour le patient lui-même qui doit souvent rester alité en raison de ses troubles, une gêne pour les autres patients qui ont besoin de calme et de repos. Une manie induite par un traitement cortisonique en hématologie doit être rapidement calmée. Il n'est pas inintéressant de savoir que tel patient agité se calme avec telle infirmière, ou lorsqu'on laisse la lumière allumée, ou à l'arrivée de sa femme. Il est important de noter que ce patient persécuté et confus, « empoisonné par les infirmières », mange avec sa fille. Aider à gérer et à sédaté un patient confus, le temps que le bilan étiologique soit réalisé, ne doit pas signifier que nous prendrons en charge ce patient, nous tentons simplement d'apprendre aux équipes à gérer le suivant.

Bien connaître une équipe et la rencontrer avant de voir le patient permet de comprendre quelles solutions ont été tentées jusqu'à présent. Autrement dit, si vous savez comment l'équipe a fonctionné avant de vous appeler alors que ce fonctionnement est un échec, vous savez déjà ce qu'il ne faudra pas faire avec le patient. Ce d'autant que, désarmée face à cet échec, l'équipe persiste souvent dans l'erreur de faire encore plus la solution qu'elle a initialement choisie.

Nous sommes appelés auprès d'une patiente greffée d'organe qui refuse l'extubation et le sevrage du respirateur. La demande est la suivante : Mme M a été hospitalisée pour greffe. L'intervention s'est bien passée. Mais 48 heures plus tard, un hématome s'est constitué et a « explosé » – ce sont les termes de la patiente – tant et si bien qu'elle s'est vue « mourir baignant dans son sang ». Heureusement, rapidement prise en charge, elle fut immédiatement réopérée. Le chirurgien lui a longuement expliqué les tenants et les aboutissants de cette seconde intervention : Quelles étaient les sutures qui avaient lâché ? Comment

un tel phénomène avait-il pu se produire? Elle avait confiance dans sa parole mais était toujours très apeurée. Et surtout elle refusait (passivement) de se laisser extuber, ayant sans cesse la crainte que cela recommence.

Lors de la rencontre avec les infirmières : « Plus nous lui disons de se séparer de la machine respiratoire, moins elle le fait. Elle a peur, alors qu'il n'y a pas de raison ». Oui mais voilà, la raison n'a rien à voir ici.

Lors de la rencontre de la patiente, la peur se fait sentir dans chacun de ses propos. Elle nous conte par le menu les événements qui l'ont conduite à l'intervention, la rupture d'hématome, la réintervention et la peur qui s'en est suivie et qui persiste. Nous ponctuons son récit écrit (elle est intubée) d'un constant renforcement positif dans l'étonnement, l'inquiétude tant sur notre visage que dans nos réponses. Lorsque nous la sentons plus calme et plus encline à nous écouter, nous commençons par lui parler.

T : Quel âge avez-vous ?

P : 55 ans.

T : Depuis combien de temps travaillez-vous ?

P : Depuis l'âge de 20 ans.

T : Donc vous cotisez à l'assurance sociale depuis 35 ans.

P : Oui

T : Ne croyez-vous pas que cette machine vous appartient depuis tout ce temps ?

P : ... ?

T : Elle est à vous cette machine, depuis le temps que vous payez. Vous en faites ce que vous voulez! (en souriant)

P : ... *Elle rit (et c'est difficile lorsqu'on est intubée).*

T : Vous avez parfaitement raison de garder ce tube dans votre gorge, il vous aide à respirer. Il vous empêche de rire, mais il vous aide à respirer. Et puis, on ne sait jamais. Malgré les explications du chirurgien, il se peut très bien que cela recommence un jour. Cette machine est la vôtre, vous êtes parfaitement libre de la garder. Le client est roi, nous ne sommes que vos serveurs et vos conseillers. Regardez Christopher Reeves, l'acteur de Superman, il a une trachéotomie depuis qu'il est paralysé, il ne peut pas se séparer de la machine respiratoire. Et bien, il ne fait que très peu d'infections pulmonaires.

T : Quant à savoir si on vous laissera cette machine à vie, je me fais fort de convaincre l'équipe, mais je vous promets qu'ils feront tout pour vous stimuler et pour vous forcer à vous en séparer.

T : Parce qu'elles vous forcent n'est ce pas?... Vous avez le droit de râler, vous êtes cliente ici!

P : Je n'oserais jamais râler... *(rires)*

T : Je vais revenir vous voir, pour vous aider à garder un bon moral et pour vous empêcher de vous séparer de la machine trop vite. Il faut vous hâter lentement.

Jamais, je ne me serais permis de parler ainsi à une patiente, s'il ne lui avait pas été dit l'inverse auparavant, peut-être même de façon agressive, au nom du soi-disant bon sens. Cette patiente décrite comme pusillanime, exigeante, non stimulant était « morte de trouille », psychotraumatisée. Elle avait vécu une scène d'horreur traumatisante lorsque son hématome s'était rompu et qu'elle avait été inondée de sang dans son lit.

Le principe de cette « intervention paradoxale* » a été :

– d’abord *de reconnaître* : reconnaître sa souffrance, le traumatisme psychique, sa peur et le paradoxe toxique de la forcer à s’extuber;

– puis *d’accepter* : j’ai accepté sa peur de mourir, j’ai accepté que la seule solution qu’elle avait trouvée était de s’accrocher au respirateur;

– puis *d’augmenter* : j’ai augmenté le symptôme au nom de sa croyance « le respirateur est bon pour vous et qu’importent les infections pulmonaires, ne vous en séparez à aucun prix »;

– et enfin *d’utiliser* : j’ai utilisé son discours, ses leviers de changement. Plus on lui disait de se séparer de la machine, moins elle pouvait s’en séparer, puisqu’il y avait eu un accident. Elle n’avait plus confiance en la médecine, il ne fallait pas minimiser ce point. Lorsqu’elle m’a écrit ce qui s’est passé, j’ai renforcé en verbal et en paraverbal la gravité de la situation. Je n’ai pas cherché à la rassurer, ce qui aurait pu minimiser son sentiment de mort imminente. Ainsi, lorsque je lui proposai de ne pas se séparer de la machine, mon discours devenait cohérent. Même si je lui ai proposé un petit sourire en lui parlant, auquel elle m’a répondu par son rire. J’ai utilisé les croyances de la patiente, pas celles des soignants qui pensaient que cette patiente traînait dans cette unité de soins intensifs et qu’elle n’avait plus rien à y faire.

La patiente a commencé toute seule à se sevrer de la machine, à son rythme. Bien entendu, je n’ai pas expliqué le détail de mon intervention, mais j’ai transmis à l’équipe ce qu’il fallait savoir : les éléments cliniques (psychotraumatisme, effroi) et l’impression subjective de la patiente de sa situation. Et tout le monde l’a entendu. Ensuite, aux personnes qui voulaient bien m’écouter, j’ai expliqué que la patiente était en très grande difficulté et que la stimuler ferait pire que mieux. Enfin, à ceux qui avaient décidé *a priori* que cette patiente ne faisait aucun effort et qu’il fallait la stimuler, j’ai dit qu’elle avait du mal à faire des efforts et qu’on pouvait continuer à la stimuler (mais plus doucement). Ainsi l’entourage restait cohérent et la patiente n’était pas surprise. Elle a pu se positionner à nouveau comme sujet et non plus comme objet, victime de la médecine.

Des changements ? Oui, mais des petits changements

Quel est le plus petit changement possible qui soit suffisamment petit pour être faisable et suffisamment différent pour être vraiment un changement ? Il faut apprendre aux demandeurs qu’il est difficile d’aller au deuxième étage sans même passer par la première marche. Ce type d’approche du *changement minimal** est utile en particulier en présence de malades chroniques ou de douloureux chroniques qui épuisent les équipes souvent très impliquées émotionnellement. Aucun changement n’est perçu car les soignants à la limite de l’épuisement professionnel attendent une amélioration spectaculaire bien souvent impossible, relayée par le fantasme de guérison transmis parfois par les médecins eux-mêmes.

La projection de l'amélioration dans l'avenir aide les équipes à reprendre confiance dans leurs actes, les reconforte dans leur fantasme de soins (et non plus de guérison), pourvu *qu'il s'agisse de petits changements*, pourvu que nous leur expliquions les limites de l'amélioration. Ce travail se fait plus dans des groupes de réflexion qu'au lit du malade, au terme d'une consultation. D'expérience, il faut du temps pour aider les équipes. Et le « psy » de liaison doit participer aux réunions des services, aux synthèses avec tous les partenaires du service. Opportunément, ces réunions ont lieu toutes les semaines ou tous les 15 jours. Ainsi, la mesure d'un petit changement se fait plus facilement.

Quelles sont les croyances du *client* ?

- On ne parle pas du suicide aux suicidants.
- Nous, on n'y connaît rien en psychiatrie.
- Il ne faut pas psychiatriser ce cas.
- Il faut psychiatriser ce cas.
- Le psy décide de la sortie.
- Pas de neuroleptiques en hématologie.
- Pas de benzodiazépines en gastro-entérologie ou en pneumologie.
- Les dépressifs sont des fainéants. Un bon coup de pied au derrière et ça repart.

Autant de petites phrases, de fantasmes, de non-dits que le « psy » de liaison *doit connaître* pour mieux comprendre dans quel milieu et avec quelles personnes il travaille.

Les plus hostiles à la psychiatrie n'étant pas les moins précieux, ils sauront reconnaître le « psy » qui parle et qui explique dans un langage compréhensible, le « psy » qui prend le temps avec le patient et avec l'équipe de découvrir leur langage, de le reconnaître et de l'accepter pour en faire un levier de changement. *Plutôt que de lutter contre un dysfonctionnement, mieux vaut l'utiliser*. Les résultats se verront à plus long terme mais ils seront plus solidement acquis. Le temps est l'allié du « psy » de liaison qui souhaite découvrir des horizons nouveaux et pour qui chaque rencontre est un nouvel apprentissage.

Car nous devons connaître les croyances d'un service pour nous permettre de nous y intégrer et *nous devons parler le langage de nos clients « somaticiens »*, sans pour autant y adhérer. Un « psy » vacataire trop détaché des réalités de l'institution hospitalière ne comprendra pas les besoins de l'équipe et le fonctionnement du service. *A contrario*, un « psy » vacataire trop intégré sera un jour ou l'autre forcé d'adhérer au mythe du service et n'aura pas suffisamment de recul pour sa réflexion. En revanche, un « psy » de liaison « institutionnel » pourra mieux travailler dans une sorte de *métaposition*. Bien connaître un service ne signifie pas signer un pacte avec lui mais un contrat : un contrat d'intégration mais pas d'ingestion. Au fur et à

mesure de la pratique en utilisant les ressources de l'équipe, nous lui permettrons d'abandonner ses jugements de valeur, ses peurs et ses réactions passionnées pour les remplacer par des connaissances psychiatriques, des attitudes professionnelles, rationnelles, concrètes et pourtant empruntées de psychologie médicale. *Nous avons devoir d'enseignement...*

Par exemple, il n'est pas rare que nos interventions soient du domaine des difficultés relationnelles entre soignants et soignés. Un patient se couche à l'accueil du service. C'est un simulateur : on appelle le psychiatre. Personne ne lui a demandé la raison de ce comportement. Mais son attitude histrionique, originale et pour tout dire agaçante par son exigence des jours précédents l'a desservi. En fait, lorsque nous le rencontrons, il nous apprend que sentant le malaise venir, il a préféré s'allonger pour ne pas se blesser en tombant. Nous avons pu nous en expliquer auprès du médecin responsable de l'unité. Un rapide examen (en notre présence) lui a appris qu'il était en fibrillation auriculaire. L'attitude a changé, le patient a pu poursuivre ses soins alors qu'il était sortant.

Cette histoire nous a permis d'apprendre aux équipes qu'une attitude questionnante et attentive est bien moins préjudiciable au patient qu'un jugement de valeur (la plupart du temps erroné). Il était considéré comme hystérique, il ne l'était pas. Tout au plus était-il histrionique et exigeant. Nous devons leur apprendre à passer au-delà de ce qu'ils voyaient : « Garde-toi bien, tant que tu vivras, de juger les gens sur la mine », disait Jean de la Fontaine.

Ensuite, nous avons appris qu'il était indispensable d'être présent sur toute situation conflictuelle, pour permettre qu'elle ne se reproduise pas et ceci même en l'absence de troubles psychiatriques. Car nous le savons, ne pas réagir sur de tels conflits sources d'angoisse conduira un jour ou l'autre à une décompensation d'ordre psychiatrique.

Enfin, une fois de plus, nous avons appris que *notre métier de « psy » de liaison est d'aider les équipes à faire, plutôt que de faire à leur place**. Reprendre l'examen clinique avec le médecin a été beaucoup plus efficace. Il est préjudiciable pour une équipe que le psychiatre pense à sa place. Il est important de lui expliquer comment communiquer avec un patient confus, agité, délirant. Aujourd'hui, nous apprenons même dans certains services comment annoncer les mauvaises nouvelles, comment entourer une personne et sa famille, plutôt que d'avoir le réflexe « psy » dès qu'un patient pleure. L'équipe reprend ainsi confiance, se sent comprise et épaulée et pourra mieux aider les cas ultérieurs. Une fois encore, nous constatons qu'elle se réapproprie la globalité du soin au patient.

Conclusions

Aujourd'hui, il nous apparaît indispensable de bien séparer la pratique de la théorie. Il se pourrait même que plus tard, au nom d'obédiences différen-

tes, les « psys » s'entendent pour travailler sur leurs techniques de communication oubliant un temps le dogme au profit du patient pour lui permettre cette rencontre avec le « psy ». Ceux qui souhaitent cette rencontre, aussi demandant que possible, doivent savoir aujourd'hui qu'elle se prépare et que ce n'est pas une mince affaire. Nous vous avons proposé une approche brève, concrète, communicationnelle, très « marketing » pour reprendre un terme que Silla M. Consoli (1998) lui-même n'a pas renié. Cette vision systémique n'est pas meilleure qu'une autre, mais elle est en accord avec une psychiatrie qui travaille dans un environnement qui ne lui est pas familier. Elle tient compte du système, des relations des uns avec les autres : patient, famille, équipe d'accueil médicale et infirmière et « psy ».

En psychiatrie de liaison, nous manquons de temps, nous sommes contraints par l'environnement qui est plus souvent à l'origine de la demande que le patient lui-même. L'avantage d'une telle approche non normative, est qu'elle *reconnaît* dans une dimension anthropologique le fonctionnement du service et du patient et leur relation. Elle *accepte*, car au nom de l'esprit ethno-psychiatrique, nous ne pouvons pas nous permettre de juger que tel ou tel fonctionnement est meilleur ou plus mauvais qu'un autre. Ce fonctionnement est tel qu'il est et il vaut mieux *l'utiliser* plutôt que de lutter contre. Un bon levier de changement à partir des croyances du patient et de l'équipe vaut mieux qu'un bras de fer au nom du dogme, de la raison voire du bon sens. Rester campé sur ses positions est le meilleur moyen pour le « psy » de liaison de perdre le contact avec le patient, donc de ne plus le soigner, mais aussi de perdre le contact avec l'équipe et par conséquent de ne plus travailler dans ce service et de ne plus pouvoir aider de nouveaux patients.

QUE RETENIR ?

En psychiatrie de liaison, la rencontre avec les patients n'est jamais simple. Tout d'abord les patients sont rarement demandeurs de soins psychiatriques : soit parce qu'ils n'identifient pas ce besoin, soit parce qu'ils le refusent, soit parce que la demande vient de l'équipe sans qu'aucun trouble n'ait été identifié. Le « psy » se trouve alors confronté au paradoxe d'aider des sujets qui ne le demandent pas.

D'autre part, le « psy » à l'hôpital général ne travaille pas dans un milieu qui lui est coutumier. Entre la technicité qui prend parfois le pas sur la relation et l'incompréhension de certains de nos collègues médecins devant un discours « psy » quelquefois absurde, un effort important de pédagogie s'impose.

Enfin, la psychiatrie de liaison ne se limite pas à des consultations avec des patients hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie, mais s'appuie fortement sur un travail d'amont et d'aval avec les soignants. Ceci ne peut se concevoir que dans un travail au long terme pour lequel nous avons appliqué depuis quelques années un abord systémique et bref.

Bibliographie

BILLINGS E.G. – Liaison psychiatry and intern instruction. *J Assoc Am Med Coll*, 1939, 14, 375-85.

CONSOLI S.M. – Psychiatrie à l'hôpital général. *Encycl Med Chir (Elsevier Paris)*, Psychiatrie, 1998, 37-958-A-10.

GUILLIBERT E., GRANGER B., TELLIER G., BRETON J.J. – Psychiatrie de liaison. Le concept et la réalité (rapport d'assistance). *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Tome III, LXXXVII^e session, Montréal, 3-9 juillet 1989. Masson, Paris, 1990.

ZUMBRUNNEN R. – *Psychiatrie de liaison*. Médecine et Psychothérapie. Masson, Paris, 1991.

7

Thérapies brèves sous contrainte chez les patients psychotiques

O. Cottencin



Une des originalités de la thérapie systémique brève est sa prise de position *non normative** et *non pathologisante** quant à la définition du problème et la détermination des objectifs de l'intervention par le patient lui-même (Seron et Wittezaele, 1990).

Or, dans le contexte des hospitalisations sous contrainte, il n'appartient pas au patient de préciser seul sur quels problèmes va porter l'intervention et quels en seront les objectifs. La plupart lui sont imposés par une autorité extérieure qu'elle soit judiciaire, sociale ou familiale. Ainsi se posent plusieurs questions : au service de qui le médecin (ou le thérapeute désigné) est-il censé travailler ? Comment l'intervenant peut-il travailler alors qu'il se trouve « bloqué » entre l'aide et le contrôle ?

Après avoir précisé ce que recouvre le terme de « non-normativité » et envisagé « la position du thérapeute », nous montrerons comment une réflexion systémique pragmatique peut éviter à ce dernier d'être disqualifié *a priori*.

Législation

Que l'on soit en France ou ailleurs, il existe pratiquement dans tous les pays une loi selon laquelle toute personne présentant des troubles mentaux et dangereux pour lui-même ou pour autrui peut (ou doit) bénéficier de soins sans qu'il n'ait à donner son consentement. En France, c'est la loi de 1838 qui fut à l'origine des hospitalisations sans consentement. C'est en 1990 que cette loi fut modifiée afin de se mettre en conformité avec l'Europe et afin d'éviter la dérive d'hospitalisations abusives.

Très succinctement, trois modes d'hospitalisation se présentent à nous (l'exposé détaillé de ces différents modes d'hospitalisation pourra être aisément retrouvé sur le *Journal officiel* de la République française). Tout

d'abord, l'*hospitalisation libre (HL)* qui, comme son nom l'indique, concerne des patients demandeurs de soins. Ceci ne préjuge en rien d'une difficulté à appréhender le bien-fondé des soins proposés, mais toujours est-il que le sujet n'est pas contraint de se soigner.

L'*hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)*, en revanche, nécessite une demande écrite d'un tiers (membre de la famille, proche, voire quidam agissant pour le bien du sujet) qui devra être confirmée par deux certificats de deux médecins différents n'ayant partie liée ni entre eux, ni avec le tiers, ni avec l'établissement d'accueil. Il y a des exceptions à cette situation. Mais ceci est affaire de fonctionnement d'urgence et d'établissement : la loi n'a tenu compte ni de la structure administrative des hôpitaux, ni de la pénurie de médecins. Cela dit, l'esprit du législateur était surtout d'impliquer la famille comme demandeur de soins. On pourrait croire que c'est une épreuve de plus pour celle-ci. Mais nous sommes nombreux à penser le contraire. En effet, hospitaliser un proche sans son consentement est aussi un geste de protection et d'amour, car ce proche présente un danger pour lui-même et/ou pour autrui. Nous devons garder à l'esprit tout au long de ce chapitre le côté solidaire et altruiste d'une telle loi.

Enfin, l'*hospitalisation d'office (HO)* est demandée par le préfet ou le maire, c'est-à-dire par l'État. Dans ce cas, le comportement du sujet (la plupart du temps appréhendé par les forces de l'ordre) est suffisamment dangereux pour qu'il y ait trouble de l'ordre public et atteinte à la sûreté des personnes. Un médecin réquisitionné fait alors un certificat d'hospitalisation devant des *troubles du comportement*, sous-tendus par une pathologie mentale probable.

Ainsi, la *demande* (le consentement) et le *comportement* d'un sujet sont au cœur des motifs d'hospitalisations en France. Ce n'est pas le cas partout. Certains pays hospitalisent les sujets en fonction de leur diagnostic. En France, même s'il est sous-tendu par une pathologie, c'est le *comportement* qui prime. Ceci est important à noter, car ce sera un levier de changement plus tard.

Aide ou contrôle?

« *L'un des charmes du travail avec les agents doubles réside dans le fait qu'ils sont rémunérés par l'ennemi* » disait Paul Watzlawick (1978). Dans le cadre des hospitalisations sous contrainte, se pose la question de savoir au service de qui nous travaillons. Notre cœur de thérapeute penche du côté des patients, mais notre fonction ne doit pas nous faire oublier que nous sommes aussi des membres à part entière de la société. Pour le patient, nous sommes rétribués par l'ennemi, la société qui l'a enfermé. Nous sommes donc du côté du tiers qui a demandé l'hospitalisation. Comment ne pas être discrédités *a priori* si nous voulons travailler avec lui ?

D'autre part, comment pouvons-nous travailler avec la famille (ou le tiers) ou l'État (en cas de procédure d'hospitalisation d'office) s'ils nous pensent fondamentalement aux côtés du patient (au nom de l'alliance thérapeutique). Notre métier de thérapeute n'est-il pas d'aider des sujets en souffrance? Le thérapeute se trouve alors dans une situation inextricable, coincé entre le marteau et l'enclume, entre son devoir de soignant et son devoir social.

L'une des solutions est de respecter l'un des premiers principes des thérapies brèves : *travailler avec celui qui demande**. Rappelons-nous la métaphore du « fou qui court derrière vous avec un couteau* ».

Le thérapeute n'est pas censé normaliser un individu qui remet en question les valeurs de notre société par le délire ou le suicide. Il n'est pas non plus censé donner son aide à celui qui a un comportement « déviant » contre l'ensemble de la société. Le thérapeute se trouve à la croisée des chemins. S'il veut avoir les mains libres, il est préférable qu'il abandonne la vision dichotomique entre le normal et le pathologique, pour une vision plus concrète, pragmatique et surtout proche de la réalité de chacun, celle du patient et celle de la société demandeuse.

Linda est hospitalisée sous la contrainte parce qu'elle déclare qu'il y a des loups dans sa maison (nous sommes en France, au XXI^e siècle, en zone urbaine). Il est, dans ce cas, très simple (trop simple peut-être) de la déclarer psychotique et hallucinée et de lui prescrire des neuroleptiques en la renvoyant chez elle. Lorsque nous rencontrons sa sœur demandeuse de l'hospitalisation, nous apprenons que le mari de la patiente, éthylique chronique, violent et jaloux, a depuis peu des comportements incestueux avec l'un de leurs enfants. Nous apprenons par ailleurs que depuis longtemps il la bat parce qu'elle ne se montre pas assez serviable avec lui et l'accuse également de le tromper lorsqu'elle a du dégoût pour lui. Nous comprenons alors mieux sa situation et donc son attitude : montrer sa peur sous-entend qu'il est dangereux, ne pas la montrer est un manque de respect, se révolter est impossible car il aura le dessus, quitter la maison met en danger les enfants... sauf *si on la force...* par une hospitalisation à la demande d'un tiers par exemple.

Cette femme angoissée, mais également psychotique, a choisi un comportement fonctionnel « économique » : la folie (sous-tendue par sa personnalité psychotique) et l'hallucination. Merci à sa sœur de lui avoir fait comprendre qu'elle l'aiderait. Merci à sa sœur d'avoir compris que cette solution d'hospitalisation n'était pas contestable par le mari : sa femme est « folle », donc elle n'est pas battue, en fuite ou en train de se défendre.

Resitué dans son contexte, ce comportement peut être vu comme une interaction qui n'offre que ce moyen pour échapper à une situation intenable. Ce comportement nécessitera bien sûr un traitement neuroleptique, car il ne s'amendera pas par une simple résolution des interactions. Mais la prise en compte du contexte a permis la résolution de nombreux conflits, la mise en place de la loi, la protection des enfants et de la mère. La patiente

depuis n'a pas récidivé de son épisode psychotique et bénéficie d'un traitement ambulatoire.

Ainsi, une intervention thérapeutique systémique brève est pragmatique, non normative* et n'exclut pas l'existence de la maladie mentale.

Citons Dominique Megglé (2001) qui nous dit : « *Ne croyez pas le psychotique, il dit souvent la vérité* ». Et de poursuivre en citant un de ses patients : « *Ma fiancée a enrôlé mon frère dans la CIA, elle a couché avec lui, ils m'espionnent tous les deux et veulent me faire la peau* ». Où est la vérité? L'histoire lui apprit que la fiancée de son patient avait couché avec le frère du patient. Il n'y avait pas *des loups* dans cette petite maison, *il n'y en avait qu'un* et il était très dangereux.

L'intervention brève ne fait donc que resituer la maladie mentale dans son contexte, un contexte très particulier qu'il est indispensable de connaître pour que l'action soit pérenne. Ce choix n'est pas arbitraire et a une histoire. C'est l'influence de la vision anthropologique de Gregory Bateson, mais également la vision médicale d'un problème douloureux qui impose au thérapeute de ne pas infliger ses propres normes au patient. Non parce qu'il a peur de l'influencer, mais parce qu'il risque tout simplement de ne rien comprendre et de ne pas se faire entendre. Le changement ne peut venir que du patient lui-même. Freud (1979) l'a démontré depuis longtemps par son choix de la cure type analytique et de l'association libre.

La question n'est donc pas l'influence ou la non-influence*. On ne peut pas ne pas communiquer (Watzlawick et coll., 1974). La question est de parler le langage du patient* (Megglé, 1990). Reconnaître et chercher à comprendre son système de référence et celui de son entourage apporteront plus à la compréhension et à la résolution du problème qu'une vision normative et réductionniste qui ne laisse aucune part à la spontanéité, à l'initiative et au changement. Il s'agit en quelque sorte d'une *ethnopsychiatrie du quotidien*. Écouter et comprendre le patient n'est pas le croire. Il importe de communiquer avec lui sur les raisons de son problème et non pas sur notre vision de son problème.

Selon l'épistémologie constructiviste (Watzlawick, 1978), tout ce qui concerne les propriétés sociales des objets appartient au domaine de la construction cognitive propre à chaque sujet. Pour favoriser la vie en société, il faut s'accorder sur un consensus minimum qui sera traduit par des lois et des usages. Il n'est donc pas question de définir une norme de bon fonctionnement, mais simplement de travailler, comme thérapeute, sur ce qui pose problème au demandeur. Voilà bien la difficulté que rencontrera le thérapeute lorsqu'il est tenu de faire référence à la loi, lorsqu'il travaille sous la contrainte (qu'il doit parfois lui-même entériner lors de la rédaction des certificats de maintien d'hospitalisation).

Cependant une approche non pathologisante n'a pas pour but de repousser les frontières du normal et du pathologique. Il ne faut pas se tromper

sur l'intention du thérapeute systémicien qui est bien plus pragmatique que philosophique ou éthique. Notre question est *comment* travailler avec un patient qui ne le veut pas, *comment* adapter un modèle qui se veut non normatif au système social d'hospitalisation sous contrainte qui est normatif par définition.

Le problème, c'est la solution

Rappelons que la thérapie brève ne considère pas l'individu porteur du symptôme seulement comme un malade. Elle ne considère pas non plus la famille ou l'entourage comme un système malade. C'est en considérant les interactions entre le patient et son entourage, même extrafamilial, qu'elle recherche le problème. Tout comportement est légitime pour le patient. Il est en réaction ou en interaction. C'est son retentissement social et personnel qui sera à l'origine de la rencontre avec le thérapeute (Doutrelugne, 1994).

Il est également indispensable de repérer en quoi le problème est la solution choisie, en quoi les tentatives de solutions sont inefficaces.

Par exemple dans un couple, inciter son conjoint à arrêter de boire n'a rien d'un comportement bizarre : cela semble être du bon sens. Pourtant, il arrive que cela puisse contribuer à exacerber le problème. Il arrive même que, malgré ses échecs répétés, l'épouse persiste dans ses injonctions. Une telle attitude est donc non fondée dès l'instant où elle souhaite que cette situation change. Le bon sens qui ne marche pas, ce n'est pas le bon sens.

Dans le contexte de l'hospitalisation sous contrainte, une position normative n'est pas tenable. Nous ne pouvons pas nous extraire de la règle du jeu qui fait référence à la loi et si notre intervention est contraire à la loi, c'est au détriment du patient. C'est pourquoi dans ce contexte, il nous apparaît plus opérationnel de poser les problèmes en termes d'écart par rapport à la norme qu'en termes de pathologie. En effet, si l'on considère les comportements symptomatiques comme une forme d'adaptation particulière à l'environnement, il serait abusif de les réduire à l'expression de problèmes psychologiques.

Si les patients ne sont pas admis par la société dans laquelle ils vivent, voyons alors quel type d'intervention peut favoriser leur adaptation. En France, les patients ne sont pas tant hospitalisés en raison de leur diagnostic que de leur comportement. Paradoxalement, c'est un bel exemple de non-normativité. C'est parce que ce comportement « socialement déviant » est sous-tendu par une pathologie mentale qu'il justifie l'hospitalisation. En dehors de toute pathologie, il aurait pu justifier un emprisonnement ou toute autre sanction sociale. Et le but – aujourd'hui – de cette hospitalisation est bien la réintégration dans la société, avec le moins de souffrance psychologique possible. Les patients ne sont donc pas hospitalisés en rai-

son de leurs stigmates. Ils ont toute possibilité de reprendre leur place. La norme qui leur est proposée n'est que sociale. Elle n'est pas physiologique ou psychopathologique. À eux de jouer, à nous de les aider!

Qui demande ?

Question inéluctable, souvent exprimée en termes interactionnels, elle doit être dans le cadre de la contrainte *très clairement définie*.

Mais avant tout une précision s'impose. Il n'est pas question de travailler de la sorte sans tenir compte de la pathologie que présente le patient. La maladie mentale existe.

Il n'est pas possible de travailler avec des patients atteints de psychose aiguë de la même façon que nous le ferions avec des patients névrotiques, conscients de leurs troubles. Les psychoses aiguës, qu'elles soient fonctionnelles ou organodynamiques (bouffée délirante aiguë, pharmacopsychose, épisode aigu de schizophrénie, etc.) rendent les patients non conscients de leurs troubles. Ils sont confus, perdus, angoissés et le risque suicidaire n'est jamais loin. Il faut redoubler de prudence comme toujours en médecine. Ces patients sont des « plaies ouvertes* »! Et une plaie ouverte nécessite un pansement. Nos pansements, nos antalgiques sont les psychotropes, en particulier les benzodiazépines. Lorsque vous vous cassez la jambe, vous avez besoin d'antalgiques, d'un plâtre et de repos. Ce n'est que lorsque votre fracture sera consolidée que vous pourrez commencer la (kinési)-thérapie. D'abord passive, le thérapeute bouge votre jambe et ne mobilise que ce qui peut l'être. Ensuite la kinésithérapie devient active : vous allez bouger la jambe pour réapprendre à marcher.

L'expérience nous a montré qu'il faut 48 à 72 heures à un patient en phase aiguë de psychose pour qu'il puisse commencer à comprendre ce qui se passe pour lui, c'est-à-dire à cesser de s'agiter contre la réalité d'une hospitalisation sans consentement. Le principe de réalité est d'abord d'expliquer les raisons du tiers demandeur, afin de partir sur des faits et non sur des commentaires.

« Mes parents sont des espions qui veulent me tuer » peut devenir, en entretien, « Ici, à l'hôpital vous sentez-vous protégé? ». Puis « Vous avez eu tel *comportement* dans la rue (violence, agression... à préciser), c'est la raison pour laquelle vous êtes hospitalisé ». Le sujet sortant de l'angoisse, même si ses symptômes psychotiques sont très présents, peut entendre la réalité de ses comportements. Ce qu'il conteste, ce sont les raisons. Cela nous le travaillerons plus tard. La recherche de l'alliance ne doit se faire que sur des *faits**, pas sur des idées délirantes (des *commentaires**). Nous devons communiquer avec le patient au nom du principe de réalité.

En thérapie brève plus que dans tout autre courant de thérapie, nous travaillons avec le demandeur (Haley, 1993). Il est en effet illusoire de vou-

loir entrer dans la phase de changement sans avoir au préalable clarifié quelques points essentiels. À savoir « Qui demande*? » et « Que demande-t-il*? »

Nous pouvions penser jusqu'ici que le thérapeute se trouvait pris entre deux feux, celui de la contrainte et celui du patient, coincé entre son désir d'aider un patient et son souci de respecter la loi. Loin d'être bloqué, le thérapeute dans une situation de contrainte peut se permettre plus que tout autre d'avoir une vision anthropologique des problèmes. Lorsqu'il pose la question de la demande, il pose la question de savoir qui veut que cela change.

Le préfet ou le maire ne peuvent pas être considérés comme demandeurs à titre personnel. Ils ne sont que les représentants de la loi et de l'ordre public. Ils mandatent le corps médical pour « prendre en charge » un individu dangereux qui présente des troubles mentaux. Le préfet (ses services) au vu de l'évolution de la situation en hospitalisation pourra mettre fin à la mesure de contrainte à la lecture du certificat médical du psychiatre du service d'accueil. Ce certificat ne constate pas uniquement l'amélioration des troubles, il note également l'adaptation à la réalité, la prise de conscience des troubles et la critique des comportements.

Lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, il est évidemment fondamental que ce tiers demandeur soit un proche. Trop souvent, une HDT est signée dans la précipitation (et non dans l'urgence). La priorité est trop fréquemment encore de « ventiler » les urgences et non d'accueillir, de traiter puis d'orienter. Le tiers est donc parfois un inconnu pour le patient, et l'hospitalisation ne prend plus le sens initial que lui a donné le législateur. Nous nous retrouvons devant une situation équivalente à l'HO dont l'entourage, totalement exclu de la prise en charge, ne peut intervenir que de façon limitée. Or l'intervention thérapeutique ne commence pas seulement en hospitalisation, mais bien avant, au moment où se joue la crise. Même s'il ne s'agit pas des mêmes intervenants, la première rencontre est importante au moment de la signature de la demande d'hospitalisation. Obtenir cette signature (avec plus ou moins de difficultés) fait partie de la démarche de soins : une famille qui se mobilise est différente d'une famille qui ne se mobilise pas.

Le patient quant à lui, est rarement demandeur pour une hospitalisation. Suicidaire, déprimé, agité ou délirant, il est peu fréquent qu'il reconnaisse être dérangé par son comportement. Il souffre, et c'est ainsi qu'il s'exprime par un comportement le mettant en danger, ce qui justifie l'hospitalisation. Il est important qu'il exprime son point de vue sur la situation au centre de laquelle il se trouve. Sa première « leçon de thérapie » va être de comprendre qu'il n'est pas en mesure de prendre quelque décision que ce soit. Ses motivations sont différentes de celles des demandeurs et il doit comprendre que ce seront les demandeurs qui auront le dernier mot.

Enfin, le thérapeute, lui, ne demande rien. Il est au service de la société, au service des demandeurs comme des non-demandeurs. Est-il vraiment dans un double lien, coincé entre son devoir d'aider le patient et son devoir de membre de la société ? Ou bien est-il au service de tous, pour leur expliquer leurs problèmes interactionnels sous-tendus, ou non, par un trouble mental ? Il est moins contraint par ces deux demandes antinomiques (celle du patient qui veut sortir et celle de la famille qui veut l'hospitalisation) que par le devoir de se situer à un autre niveau (en métaposition) de cette interaction. Il doit regarder tel un anthropologue, ne doit pas être à l'origine de la demande, ne devant être concerné que par la façon d'apporter un changement au sein du problème visé par la mesure.

Il est donc important que *le patient sache ce qui lui est « reproché » et qui le lui « reproche »*. D'où l'importance de travailler avec les demandeurs.

N'oublions pas que la famille est apeurée, en colère ou épuisée. En tout cas, elle n'est certainement pas insensible à une telle hospitalisation. Très souvent, l'hospitalisation sous contrainte a été réalisée avec difficulté. Le patient n'était pas consentant et il n'est pas rare qu'il y ait eu une certaine violence à ce moment (y compris physique). Il arrive parfois que ce soit le corps médical qui ait convaincu la famille du bien-fondé de l'hospitalisation. Les familles sont hésitantes, tant la vieille réputation des « asiles » est tenace, tant leurs proches les menacent. Cette hésitation devra être évoquée, expliquée et travaillée, la demande devra être précisée et reprécisée, de même que les objectifs de chacun concernant l'hospitalisation.

Quel est le problème ?

Une fois cette étape franchie, nous pouvons être enfin dans la situation d'une famille demandeuse de soins pour son proche et qui sait exactement ce qui se passe pour le patient.

– « Notre fils A. est atteint de schizophrénie. C'est son attitude agressive, ses propos délirants et ses fugues qui nous ont fait demander l'hospitalisation ».

– « Non ! J'ai quand même le droit de vivre sous les ponts. Je suis un original, c'est ma liberté », leur rétorquait-il.

Enfin, nous pouvons nous relever les manches les uns et les autres. Les parents pour comprendre que leur fils a besoin de liberté : il a 22 ans, il souhaite son indépendance. Le fils pour montrer à ses parents comment prendre son indépendance de la façon la plus adaptée. La mission du thérapeute sera de permettre aux parents de distinguer ce qui appartient à la schizophrénie et à la fin de l'adolescence. Et au patient comment prendre son indépendance d'une façon socialement correcte et adaptée au standard familial, tout en tenant compte de sa fragilité psychologique.

Le thérapeute est docte : il sait. Il doit transmettre son savoir : la maladie, le fonctionnement des familles, l'ambivalence du patient qui sent son incapacité à prendre son indépendance malgré son désir.

Mais il est aussi ignare : il ne sait pas comment cette famille réagit, il ne connaît pas son histoire, ses mythes, ses valeurs. Il va donc apprendre à négocier avec ce patient et cette famille au nom de leurs valeurs. Il aura à trouver un objectif commun aux deux parties. Cependant, *pour être un bon négociateur, le thérapeute ne doit pas être demandeur*. Pour bien travailler, il faut avoir les mains libres, et le faire comprendre. Il ne faut certainement pas attendre d'un travail familial qu'il aplanisse les difficultés.

Un bon négociateur doit être totalement indifférent à l'issue des négociations. Si vous voulez négocier la paix entre deux pays, vous ne devez être ni pour la guerre, ni pour la paix, et vous devez vous moquer des conséquences. C'est indécent, c'est pragmatique et c'est ainsi.

En thérapie brève, le problème se détermine à partir du point de vue du client et non en fonction des catégories du thérapeute ou d'une théorie explicative (Haley, 1993). Dans le cadre de la contrainte, les demandeurs déterminent en grande partie le problème, le patient pouvant le compléter de son point de vue. Que lui est-il donc reproché, qu'attendent de lui le tiers ou la société ?

Antoine a 22 ans. Nous sommes 24 heures après son admission dans le service, la phase de négociation peut commencer : il est calme et connaît bien l'équipe. Il connaît sa maladie, nous l'avions évoquée lors de deux hospitalisations précédentes. Il accepte de se calmer et de rencontrer ses parents pour « négocier », ce sont ses propres termes. Alors, négociations.

Quel est le problème ? Antoine a cassé la porte de la boutique de son père. Il était en colère, et ni son père, ni sa mère n'ont voulu lui ouvrir. Il reconnaît les « faits » (mais pas les commentaires). En effet, sa mère lui dit qu'il fait une crise de schizophrénie.

– « Faux ! » rétorque-t-il.

– « Je suis en pleine forme, je prends mon traitement, je ne suis pas délirant ».

Merci à Maman d'avoir parlé de schizophrénie : loin d'être péjoratif, cela permet à Antoine de reconnaître ses troubles et de les critiquer. Il est effectivement en colère. Mais sa réaction est exagérée. Il le reconnaît. Son point de vue est qu'il n'est pas en phase aiguë de schizophrénie. La négociation peut commencer.

Au terme de la discussion, Antoine reconnaît que son geste de violence était inadapté. Il a bien compris que sa mère aura le dernier mot. Le négociateur l'aide à le comprendre ! Il n'a en effet pas l'avantage : c'est lui le « fou ! » et il est à l'hôpital. Mais le négociateur lui fait aussi comprendre que sa mère n'aura pas le dernier mot uniquement parce qu'il est fou. Il n'a pas d'emploi, n'a pas poursuivi ses études, n'a pas de toit, n'a pas d'argent (la réalité, il peut l'entendre). Être fou n'est pas une raison suffisante pour tout casser, ce n'est pas non plus une raison suffisante pour avoir tort (ça, c'est pour Maman...).

Je lui avais expliqué la veille, lors de son entrée, que nous serions amenés à parler avec ses parents de ce geste violent, de cette porte brisée, de l'idée que l'on se fait des casseurs de porte (des fous ou des délinquants) et qu'il faudrait faire amende honorable. Ensuite, nous avons parlé des symptômes de la schizophrénie (absents depuis plusieurs mois), de ce que ses parents souhaitent encore pour lui (c'est-à-dire qu'il soit parfait). Enfin, nous avons parlé de l'ambivalence à quitter la maison. Car c'est de cela que voulait parler Antoine. Il veut prendre son indépendance et je ne pouvais que constater avec lui l'inadaptation de son comportement et lui faire comprendre combien il montre qu'il veut rester à la maison. Ainsi Antoine était un peu préparé. Nous ne sommes pas dans un épisode aigu et il est dans la réalité, en colère mais dans la réalité.

Revenons à notre entretien familial, c'est essentiellement sa mère qui parle. Il faut dire qu'elle est très en colère elle aussi. Le « thérapeute-négociateur » est aussi un professionnel de santé. Avec logique et bon sens, le négociateur négocie, il reconnaît le bien-fondé de la colère de Maman et le bien-fondé de la colère d'Antoine. Mais il rappelle à chacun certaines règles de fonctionnement en communauté et la fragilité des intervenants : la schizophrénie d'Antoine, la tristesse de Maman qui vit le deuil de son enfant malade. Et le père ? Ce jour-là, il ne parle pas. Son avis a été régulièrement demandé, et il s'est globalement rangé à celui de son épouse.

C'est donc au thérapeute de faire préciser la nature du problème par chacun. Il pose le cadre de la demande. En HO, les faits auront été précisés par le procès-verbal du trouble de l'ordre public. En revanche en HDT, les demandeurs précisent les faits en présence du patient. *Ce point est capital* parce que s'il ne se fait pas en présence du patient, le thérapeute apparaîtra comme un agent de coercition de plus, et il sera totalement disqualifié en tant qu'aidant.

Une fois le problème défini, le thérapeute pourra alors proposer ses services au patient afin de l'aider à satisfaire aux exigences demandées. Le problème d'Antoine était de prendre son indépendance, ce qui est déjà difficile en soi. Le problème de ses parents, c'est qu'il est malade. Le problème du thérapeute, c'est de faire comprendre à chacun le juste milieu.

Le thérapeute est un médiateur

La *triangulation** du problème est un élément clef d'une vision concrète et pragmatique. C'est un outil central pour amener un « touriste* » à devenir « client* » de sa solution.

La mission du thérapeute consiste à *aider* le patient à atteindre les objectifs définis par les demandeurs. Il échappe enfin au dilemme d'aide ou de contrôle des patients et se définit comme un *médiateur* (Seron et Wittezaele, 1990). Il œuvre au service du demandeur *et* du patient avec l'avantage de diminuer le plus possible les aspects de « contrôle » et de coercition de son rôle qui sont totalement antinomiques d'une alliance thérapeutique.

Idéalement, de cette clarification et de cette médiation découle une possibilité de *négociation* entre les deux parties, dans laquelle l'intervenant joue un rôle de facilitateur. Cette négociation peut déboucher globalement sur trois cas de figures :

– *l'adhésion* du patient au projet des demandeurs. Il reste alors au thérapeute à créer une relation complémentaire d'aide avec le patient en vue de trouver un moteur pour le changement. On comprend que cette étape obtenue, l'hospitalisation n'est plus réellement sans consentement;

– *la modification de la demande initiale* par la négociation plus agréable au patient. Ainsi, une contrainte n'est plus indispensable et le patient éclairé sur son trouble peut demander les soins. C'est ce qu'Antoine et ses parents ont réalisé. C'est ce que nous rencontrons dans la majorité des cas : mettre en adéquation les troubles du comportement et les symptômes psychiatriques, tout en tenant compte du contexte et de la réalité;

– *le refus* de se soumettre à la mesure de contrainte. L'intervenant peut donc demander au patient de s'expliquer avec les demandeurs ou leurs représentants et de s'informer des modalités légales en matière de contrainte abusive. Inutile de préciser que le patient se rend vite compte qu'une telle attitude sclérose toute possibilité de changement et donc de sortie.

Un de nos patients avait été hospitalisé d'office en raison de troubles du comportement sur la voie publique : insultes, violences physiques, exhibitionnisme. À son entrée, le patient était en épisode aigu d'une schizophrénie paranoïde. Il avait arrêté son traitement depuis quelques mois (lassé de la lourdeur de celui-ci) et avait assez vite décompensé sur un mode délirant persécutif. L'hospitalisation se passait sans encombre, le patient acceptait rapidement le cadre de cette hospitalisation. Ses angoisses l'ont aidé à accepter le traitement sédatif, nous avons pu négocier un antipsychotique de nouvelle génération. En quelques semaines, il pouvait à nouveau appréhender la réalité. Cependant un problème persistait. Il ne reconnaissait pas les faits qui lui étaient reprochés : insultes, oui ; violence, oui ; exhibitionnisme : non ! Cet homme de 40 ans est prude et honnête : « Je ne suis pas un obsédé sexuel, c'est une cabale ! Le préfet m'en veut ». Ce refus bloquait donc tout espoir de sortie. Son mode de défense ne pouvait être que la persécution, ce ne pouvait être que la faute du préfet. Après quelques jours de cette situation pour le moins bloquée, je l'ai rencontré seul à seul pour poser le problème en termes plus concrets. Je lui ai expliqué qu'évidemment il n'était pas un obsédé sexuel, mais qu'au cours des troubles aigus de la schizophrénie, certains comportements (parfois *oubliés*) sont teintés d'une certaine désinhibition (comme de montrer ses fesses par exemple). Je l'ai laissé réfléchir à ce comportement, traduisant ce que pouvait dire exhibitionnisme sur un procès-verbal et combien l'amnésie des troubles pouvait exister. Puis j'ai conclu ainsi : « Vous qui êtes honnête, vous ne pourriez pas me mentir et me dire que vous vous

souvenez de ce qui s'est passé et le regretter. Cela, pourtant, vous ferait sortir beaucoup plus rapidement ». Quelques jours plus tard, les gendarmes voulaient le rencontrer pour une plainte qu'il avait déposée pour agression physique alors qu'il était en période délirante. Il ne s'en souvenait plus ! Cet heureux hasard lui a permis de prendre conscience qu'il n'avait effectivement pas le souvenir de son épisode aigu, puisqu'il ne se souvenait pas avoir été agressé. Un peu de souplesse dans sa paranoïa et nous avons pu poursuivre l'hospitalisation en secteur libre avant son retour à domicile. Il est aujourd'hui toujours suivi en consultation.

La clarification du problème, la médiation puis la négociation qui découlent pourront toujours par la suite laisser le champ libre au thérapeute pour créer des espaces moins marqués par la contrainte et où pourront être conclus avec le patient des contrats en dehors des attentes des demandeurs de l'hospitalisation sous contrainte.

Aparté : L'un de mes internes me disait un jour que : « C'est gentil les thérapies brèves, mais les patients peuvent toujours nous mentir ». Et oui, ils peuvent toujours nous mentir. Ça alors !

Thérapie brève des psychoses ?

Lorsque nous nous sommes intéressés à cet outil que sont les thérapies systémiques brèves, notre première volonté a été de l'appliquer à notre pratique auprès de patients atteints de psychose. La thérapie brève s'adresse en apparence à une clientèle privée, névrotique et bien ancrée dans la réalité, la plupart du temps victime de ses paradoxes. *Nous avons voulu dans ce chapitre montrer qu'il était possible de l'appliquer à la psychiatrie « lourde » en milieu fermé.*

Bien entendu, il est possible de voir la réalité du patient psychotique comme il l'entend. Mais la prudence doit être de mise. Nous ne sommes pas là pour adhérer au délire, de même que nous ne pouvons pas adhérer aux délires de nos patients névrotiques en proie à leurs conflits familiaux, leurs escalades symétriques ou aux conséquences de leur vision par trop narcissique de la réalité.

Nous sommes partis d'un principe simple : l'escalade symétrique est inutile avec un patient, c'est toujours lui qui perd et sombre dans le suicide, le délire, etc. *Reconnaître, accepter et utiliser** sont les maîtres mots de cette obédience thérapeutique qui veut le thérapeute *avec* le sujet et non *contre lui* (comprenant un thérapeute docte et puissant face à un patient affaibli et ignare).

Il faut également redoubler de prudence car les patients en psychose aiguë sont de véritables « plaies ouvertes ». Mais plutôt que de rester silencieux – ou pire, de mentir – devant cette souffrance et donc d'accroître

l'angoisse du sujet (ou celle du jeune thérapeute), nous pouvons en quelques phrases le rassurer, et l'aider à se calmer.

« Vous êtes hospitalisé. Vous n'avez pas le choix. Vous allez vous protéger ici à l'hôpital. Et nous allons vous protéger. Oui, il y a des voix, elles vous font peur, je ne les entends pas, mais nous allons tout faire pour que cela cesse ». Aucune opposition à ses croyances dans ces phrases et pourtant, le projet de soins est déjà en place.

Une de nos patientes a été hospitalisée pour, je cite « Adaptation thérapeutique en raison d'une recrudescence d'idées délirantes, chez une patiente atteinte d'une schizophrénie paranoïde ». L'objectif était de proposer un antipsychotique de nouvelle génération à cette patiente « résistante au traitement ». Dès mon entrée dans la chambre, elle s'exclame : « Ah! Ne me parlez pas d'hallucinations ». Au moins je savais de quoi je ne devais pas parler. Elle m'explique « qu'elle entend trop » : elle entend les voisins, les infirmières, elle entend les gens penser.

T : Vous en souffrez ?

P : Oui.

T : J'ai un médicament pour cela... Un médicament contre l'ouïe trop fine.

P : Et les effets secondaires ?

Nous lisons le *Vidal* ensemble. Il y a beaucoup moins d'effets latéraux qu'avec le neuroleptique précédent.

P : On essaye ? *me demande-t-elle à la fin de ma lecture.*

Aujourd'hui sortie de l'épisode aigu, elle n'a pas oublié cette première rencontre, non normative et non pathologisante. Elle avait un problème et nous lui avons proposé une solution acceptable. La contrainte était là (sous la forme d'une HDT), il y avait plusieurs chemins pour s'en libérer. Elle en a choisi un qui nous convenait à tous (elle, sa famille et nous). En consultation, aujourd'hui, nous évoquons la schizophrénie, ses lectures sur Internet, les différentes formes cliniques, les troubles qu'elle a rencontrés.

Jamais le sujet atteint de trouble mental n'a réellement été pris pour ce qu'il est vraiment : une personne différente à chaque instant de sa vie. La vision monolithique de la psyché n'est plus de mise. Les plus progressistes d'entre nous expliquent en consultation à un patient en délire aigu, persécuté et angoissé qu'il ne peut plus venir en hôpital de jour parce qu'il ne respecte pas les consignes (l'institution!)... Les plus réactionnaires considèrent encore des patients bipolaires stabilisés depuis 15 ans comme des psychotiques incapables de se réinsérer; il n'y a dans ces deux visions que celle des thérapeutes mais jamais celles du patient, de sa famille, de leurs limites et du respect de ces limites.

Conclusions

La théorie systémique n'est pas inconnue des praticiens des hôpitaux psychiatriques. Notre propos ne visait qu'à étudier le paradoxe dans lequel

se trouve le thérapeute qui doit offrir son aide à un patient qui ne la lui demande pas. La première rencontre avec un patient est un moment primordial en thérapie surtout lorsqu'il s'agit de le soigner sans son consentement, lorsqu'il s'agit de son premier contact avec la psychiatrie ou encore lorsqu'il s'agit du premier épisode délirant.

Une approche non normative et non pathologisante permet de définir des objectifs clairs pour chacun des protagonistes d'une crise. La position du thérapeute, paradoxalement mandaté pour aider des patients qui refusent les soins ne peut être – s'il ne veut être disqualifié par aucune des deux parties – que celle d'un *médiateur*. Un médiateur docte de sa science, mais ignare des valeurs et croyances de ses interlocuteurs. Ainsi chacun prendra conscience de son rôle dans l'interaction qui pose problème et pourra définir des objectifs de changement.

QUE RETENIR ?

Notre pratique quotidienne nous conduit à rencontrer des situations dans lesquelles le patient n'est pas consentant aux soins qui lui sont proposés. Les systèmes d'hospitalisation sous contrainte confrontent les thérapeutes à un paradoxe de taille, celui d'aider des personnes qui ne le demandent pas. Le principe des thérapies brèves est mis à mal dans ces situations, comme dans d'autres mouvements thérapeutiques d'ailleurs, puisqu'ils sont justement tous fondés sur la demande du sujet.

Quels sont les moyens à notre disposition pour répondre à ce paradoxe ? Quelle est la position du thérapeute dans un tel système et quels sont les moyens à utiliser pour pouvoir communiquer avec ces patients ?

Il faut garder à l'esprit que la plupart des patients hospitalisés sous contrainte sont atteints de psychose (aiguë ou chronique) et que cet état pathologique impose une très grande prudence dans les actions thérapeutiques envisagées. La psychose constituant en elle-même une contrainte (au patient, à son entourage et au thérapeute), le travail avec la famille du patient n'en deviendra que plus indispensable. Loin d'être un obstacle à la mise en place d'un projet thérapeutique, elle sera l'alliée de tous les instants pour le bien du patient. Pendant longtemps (hélas), elle fut considérée comme le problème. Il est temps aujourd'hui qu'elle fasse partie des solutions.

Bibliographie

- DOUTRELUGNE Y. – *Guérir avec des mots*. Notes personnelles, 1994.
- FREUD S. – *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1979.
- HALEY J. – *Stratégies de la psychothérapie*. Érès, Ramonville, 1993.
- MEGLÉ D. – *Les Thérapies brèves*. Retz, Paris, 1990.
- MEGLÉ D. – *Workshop*, Bruxelles, 2001. Notes personnelles.
- SERON C., WITTEZAELE J.-J. – *Aide ou Contrôle, L'intervention thérapeutique sous contrainte*. De Boeck Université, Bruxelles, 1990.
- WATZLAWICK P. – *The Language of Change*. Basic Books, New York, 1978. Trad. fr. *Le langage du changement*. Paris, Seuil, 1980.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H., FISCH R. – *Change*. Norton, New York, 1974. Trad. fr. *Changement : Paradoxes et Psychothérapie*. Seuil, Paris, 1975.

Au terme de cette lecture...



Nous voilà arrivés au terme de cet ouvrage de situations cliniques en thérapies brèves. Après notre précédent ouvrage, consacré aux principes et outils des thérapies brèves, nous avons voulu illustrer comment les praticiens travaillent dans des contextes apparemment aussi différents que les douleurs chroniques, la psychiatrie de liaison, les addictions, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la psychose ou le travail sous contrainte. Chaque fois, nous avons choisi un praticien particulièrement renommé, souvent novateur dans son domaine.

Les titres de nos deux ouvrages reprennent les mots « thérapies brèves au pluriel » : il y a bien différents modèles en thérapies brèves. Il est curieux de constater, ici comme ailleurs, que celui qui appartient à une école s'imagine qu'elle est la seule... Nous préférons les intégrer avec une entière cohérence et une efficacité accrue.

Pour le lecteur, c'est l'occasion de voir quels outils sont privilégiés par tel auteur dans telle indication. Le lecteur peut ainsi se faire une idée précise du déroulement complet d'une thérapie dans un courant (Palo Alto chez Olivier Cottencin ou la TOS chez Luc Isebaert, par exemple) ou dans l'intégration de plusieurs modèles chez d'autres auteurs.

Ces diverses applications ne couvrent évidemment pas tout le champ de la psychiatrie. Si les lecteurs en expriment le souhait, peut-être réunirons-nous d'autres praticiens à propos d'autres situations cliniques, voir d'autres modèles⁴⁷.

47. La thérapie narrative s'intègre déjà progressivement à nos six premiers modèles.

Index des notions



A

Activation des ressources, 96
Affect bridge, 2
Alcoolisme, 125, 130, 131
Alliance, 157, 163
Anthropologue, 24, 104, 120, 121, 122
Anticipation, 69
Antidépresseur, 99
Anxiété, 85
– anticipatrice, 68
– chronique, 60
Apprentissage, 109
Arme intermédiaire, 40, 46
Autodérision, 23, 51
Autohypnose, 156
Autonomie, 16, 17

B

Besoin, 15
Bras d'honneur, 21
Bras de fer, 19

C

Cadrage, 121
Carte d'identité de la peur, 64
Cercle concentrique, 42, 43
Changement minimum, 2
Choix illusoire, 107
Clenched fist, 28
Client de sa solution, 10
Clown, 21, 78
Compliment, 18, 166
Conflit, 25, 26
Conte de fées, 12, 33, 69
Contrat en blanc, 107

Critique, 18

D

Déni, 100
Dépendance alcoolique, 130
Dépression, 91, 93, 99, 104, 107, 108
Désavantage du changement, 5, 6
Dessin, 165
Deuil, 109, 111-114
Douleur
– aiguë, 158, 165, 170
– chronique, 165, 170
– rebelle, 169

E

Écharpe à franges, 19
Échelle, 170
– SUD, 172
EMDR, 83, 160, 161, 162
Escalade complémentaire, 30
Éventail des choix, 10, 121
Exception, 25
– de type 1, 25
– de type 2, 25
– de type 1 et 2, 103
Exemple d'erreur, 52
Exposition, 76

F

Feuille d'observation, 135, 137
Fibromyalgie, 154, 155, 163

G

Gestion des critiques, 16

H

Hospitalisation
 – à la demande d'un tiers, 196, 204
 – d'office, 196, 204
 – libre, 195
 – sous contrainte, 208
 HTSMA, 1, 38, 67, 82, 83, 89, 123, 149, 155, 160, 163
 Hypnose, 2, 83, 91, 92, 123, 151, 156, 162, 175
 Hypnothérapie, 2, 123
 Hypochondrie, 84

I

Idéalisme, 13, 110
 Inclusion, 6
 Inconscient, 92
 Intervention paradoxale, 85, 102, 190

J

Jeu
 – de l'écharpe, 45
 – de rôle, 17
 Journal d'abstinence, 135

L

Limite, 23, 26, 28, 33, 35, 36, 38, 48

M

Medical Cost Offset, 61
 Métaphore, 4, 7, 8, 17, 20, 40, 41, 48, 75, 77, 99, 123, 166
Minimal change, 8, 130, 190
 Mise au lit, 107, 108
 Modèle de Bruges, 125
 Mot-valise, 18, 19
 MRI (*Mental Research Institute*) de Palo Alto, 12
Musturbation, 9

P

Palo Alto, 68, 102, 111, 175
 Paradoxe, 27, 31, 68, 75, 102, 103, 104, 115, 207, 208
 Paratonnerre, 106
 Pentagone, 65, 66, 83
 Perfectionnisme, 49
 Peur, 56, 57
 – d'aller dans un grand magasin, 78
 – dans le métro, 80
 – de l'eau, 81
 – de sortir d'une ville, 80
 – des araignées, 82
 – des ascenseurs, 79
 Pire du pire, 69, 72, 74
 Place sûre, 167
 Plaignant, 15
 PNL, 161
 Poing serré, 75
 Position basse, 19, 107
 Projection dans le futur, 128
 Psychiatrie de liaison, 177
 Psychose, 181, 206, 208
 Pyramide, 64, 66, 83

Q

Question miracle, 128

R

Recadrage, 172
 Rechute, 136, 137, 138
 Ressource, 167, 168, 173
 Risque suicidaire, 99

S

Sanction, 33, 34
 Satisfaction, 50
 Schizophrénie, 203, 205
 Solutionniste, 175
Somatic bridge, 2
 Syndrome d'Atlas, 44

T

Tâche, 30, 43, 48, 73, 117
Tao, 5, 6, 114
TCC, 1
Tennis relationnel, 31
Thérapie
– narrative, 161
– occupationnelle, 44
– orientée vers les solutions, 125, 130
– provocatrice, 161
Tissage, 172
TOC, 82

TOS, 9, 147
Toxicomanie, 132
Trouble anxieux, 55
Trouillomètre, 77
Trousseau de clés, 27

U

Utilisation, 35, 52, 73

V

Verbe d'obligation, 9

Liste des noms cités



Audiard, 11	Freud, 198
Bandler, 161, 176	Gaillot, 9
Bateson, 149, 160	Grinder, 161, 176
Brel, 12, 99	Joconde, 46, 47
Camus, 118	La Fontaine, 20, 44
Coenen, 38	Megglé, 198
Comte-Sponville, 7, 14, 46, 47, 56, 120	Nardone, 62, 82, 117, 161, 176
Consoli, 177, 178, 193, 194	O'Hanlon, 6, 7
Cummings, 111	Palazzoli, 161
de Roos, 11	Pascal, 13, 120
de Shazer, 125, 176	Piccard, 10, 11, 12
Delboeuf, 151, 155, 176	Roustang, 10, 11, 13, 122, 176
Épictète, 13, 69, 110	Selvini, 161
Epson, 161	Watzlawick, 160, 176, 196, 198
Erickson, 2, 41, 63, 68, 91, 116, 149, 175, 176	Weakland, 12, 33
Farrelly, 23, 29, 36, 161	White, 161
Frankl, 174	