

13 Principes de thérapie systémique brève et applications pratiques chez les personnes hallucinées

O. Cottencin, Y. Doutrelugne

Thérapies systémiques brèves et psychose ?... N'importe quoi !

Lorsque l'on propose une nouvelle technique, un nouveau logiciel ou une nouvelle machine à une équipe, il y a généralement deux types de réactions : il y a ceux qui sont enthousiastes d'emblée et qui vont essayer ce nouveau logiciel, cette nouvelle technique (cette nouvelle thérapie) dès le lendemain (avec plus ou moins d'enthousiasme et parfois de maladresse) ; et il y a ceux qui (jeunes ou vieux) sont convaincus « qu'ici ça ne marchera pas », que ce nouveau logiciel « n'est pas adapté » à leur pratique, que c'est... « n'importe quoi ! ». Les thérapies systémiques brèves (TSB) n'échappent pas à cette règle. En apparence, elles s'adressent à une patientèle privée, le plus souvent névrosée, bien ancrée dans la réalité, cliente d'un changement se rendant compte qu'elle est le plus souvent victime de ses paradoxes.

Nous souhaitons montrer dans ce chapitre qu'il est possible d'utiliser les méthodes de la TSB avec des patients souffrant de psychose, souvent peu ancrés dans la réalité, parfois hospitalisés sans leur consentement et qui tentent de survivre et faisant face à des angoisses importantes. Après avoir brossé un rapide portrait des TSB, nous présenterons les possibilités que nous proposons auprès de patients hallucinés.

Origines des thérapies systémiques brèves

On peut considérer que les TSB sont nées à Palo-Alto en Californie dans l'immédiat après-guerre autour de Grégory Bateson (1904-1980). Biologiste et anthropologue, il est à cette époque chargé de recherche sur la communication dans les systèmes humains. Il constituera rapidement un groupe de

chercheurs (psychologues, psychiatres, sociologues, etc.) qui fera plusieurs constats majeurs, dont deux qui nous intéressent particulièrement :

- les règles des relations humaines ne sont pas définies une fois pour toutes ;
- il existe une perpétuelle adaptation réciproque (consciente ou non).

Ce groupe donnera naissance en 1959 au *Mental Research Institute* qui sera le berceau des thérapies familiales systémiques et entretiendra des liens étroits avec Milton H. Erickson (1901-1980), un psychiatre américain aux pratiques peu communes pour l'époque. Milton Erickson apportera beaucoup à ce mouvement par sa connaissance approfondie de l'hypnose et ses techniques de communication en psychothérapie. Les collaborateurs de Bateson lui rendront d'ailleurs hommage dans de nombreux ouvrages [1-5].

En 1967, le groupe crée une clinique de psychothérapie, le *Brief Therapy Center* qui, toujours dans la logique cybernétique des systèmes humains, se focalisera sur la « résolution de problèmes relationnels répétitifs » et donnera naissance aux outils et grilles d'intervention de la TSB.

Avec le temps, cette école verra naître divers mouvements de thérapie ou techniques proches, tels que la programmation neurolinguistique, les thérapies familiales systémiques, la « nouvelle » hypnose (conversationnelle et indirecte), les thérapies orientées vers les solutions, etc.

Quelques définitions

Trois éléments fondamentaux sont importants à connaître pour mieux cerner l'objet principal des TSB.

Tout d'abord cette **thérapie** n'est pas une analyse. En effet, la TSB abandonne les concepts déterministes au profit d'une vision non normative et plus anthropologique. Elle quitte les concepts psychopathologiques, les étiquettes et les *a-priori*, pour ne parler que de « problèmes » définis avec un « demandeur ». Pour citer Dominique Megglé, nous pouvons dire qu'en thérapie la connaissance d'un supposé pourquoi n'est ni nécessaire ni suffisante pour changer [1]. Ainsi, les TSB s'orientent-elles vers la recherche de solutions plus que vers l'analyse des problèmes.

Ensuite, cette thérapie est **systémique**, ce qui signifie qu'elle s'attache à une vision interactionnelle des problèmes humains. En effet, pour paraphraser Paul Watzlawick, « systémique » veut dire que nous sommes dans un système, que l'on ne peut pas ne pas communiquer et que l'on ne communique pas tout seul [5]. Donc, dans une vision systémique, le thérapeute s'attache à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions plus que sous tout autre angle, dans une vision pragmatique.

Enfin, ces thérapies sont **brèves**. Mais une précision s'impose : le mot « bref » doit se comprendre ici au sens anglo-saxon de « *brief* » (« *straight to the point* ») ; en d'autres termes, c'est dans le sens du *briefing* (une réunion

préparatoire pour définir les objectifs à atteindre) qu'il faut entendre bref et non dans le sens d'une thérapie courte (même si nous restons sensibles au temps passé en thérapie). Comme disait Luc Isebaert lors d'un cours, la brièveté est plus une conséquence de notre façon de penser et d'agir qu'un but en soi. Ainsi, nous pourrions traduire les thérapies brèves comme des thérapies qui visent un changement. Elles sont focalisées, ciblées et stratégiques, la stratégie étant par définition une vision vers un objectif. Patients et thérapeutes partent d'un problème concret pour viser une solution concrète dans le souhait de maintenir une alliance thérapeutique — c'est-à-dire lorsque thérapeute et patient s'entendent pour conduire un travail ayant des effets en rapport avec les attentes de l'un et de l'autre [6].

Encore quelques concepts

Le changement

« Une intervention par résolution de problème vise le changement. [7] » Cette conception peut paraître élémentaire ; pourtant, nombre de thérapies s'enlisent à se poser la question de savoir pourquoi certains en sont arrivés là. Si l'on se place d'un point de vue purement interactionnel, la question qui nous intéresse est de savoir comment ce problème est entretenu, ici et maintenant. Et, pour reprendre plus concrètement les théories cybernétiques de la communication, nous nous appuierons sur le fait que les règles d'une relation ne sont pas définies une fois pour toutes et qu'il existe en réalité une perpétuelle **adaptation réciproque** — qu'elle soit consciente ou non. En d'autres termes, la relation entre deux êtres est un processus à « feedbacks » (rétrocontrôles). Et il en va du biologique comme du relationnel : tout ce qui vit s'adapte, tout ce qui ne s'adapte pas meurt. Ainsi, la connaissance de causes profondes du passé ne permet que rarement un changement dans une situation de crise. D'ailleurs, si vous tombez dans une fosse à purin, votre première question n'est pas « pourquoi ? », mais « comment ? » : comment vais-je sortir de cette situation de la façon la plus rapide, la plus pragmatique et la plus concrète ?

Les apprentissages

Nous pouvons tirer profit de nos succès ; et nous n'hésitons jamais à reproduire les bons apprentissages — même si certains parfois continuent à les ignorer ou les disqualifier, entretenant ainsi le problème. Mais savons-nous tirer profit de nos erreurs et de nos échecs ? Pourtant, en procédant par essais et erreurs, le fonctionnement humain peut autant apprendre de ses échecs que de ses succès. Refuser de comprendre pourquoi une situation a dégénéré ne nous permettra pas de la comprendre et nous ne pourrions que la répéter. Toutefois, bien des apprentissages se font hors de la conscience, tels les

ravages d'un moment traumatique devenu état de stress post-traumatique. De la même façon, bien des apprentissages « heureux » n'ont pas besoin d'être conscients pour exister. Ainsi que l'affirmait Yapko (*in* [8]), **nos problèmes d'aujourd'hui sont la conséquence prévisible des déficits de nos apprentissages**. En d'autres termes, personne n'a réalisé tous les apprentissages dont il a besoin, ce qui est sans conséquence tant que ces apprentissages ne sont pas nécessaires ; mais quand un contexte nouveau nécessite tel apprentissage (non encore réalisé), il y a un problème...

On apprend en faisant et en faisant progressivement (*in* [8]). Nous ne pouvons faire de changement avec quiconque sans tenir compte de son histoire. Par exemple, toute personne qui a fait l'expérience des supervisions d'équipe dans un service sait qu'il n'est possible d'accomplir que de petits changements, et des changements expérimentés par quelques membres éclairés de cette équipe.

Par exemple, devant un problème chronique, nous pensons « avoir tout fait » et épuisé toutes les possibilités, alors qu'en fait, nous n'avons utilisé qu'une solution (et une seulement), sans même avoir précisé quel était le problème. Une règle d'or en TSB sera d'abord de **définir précisément le problème** (souvent en termes interactionnels), avant d'imaginer des solutions pour faire enfin notre choix. Il faut d'abord comprendre le problème avant de le juger.

La position de l'anthropologue

Gregory Bateson était aussi un anthropologue reconnu. Alors qu'il était en voyage d'étude à Bali, il avait observé que les habitants du village qui l'accueillaient se levaient certaines nuits pour faire du feu et entrer en transe. Après une longue période d'observation, il comprit qu'ils adoraient la lune. De retour aux États-Unis, il avait surtout compris qu'un tel comportement en Occident les aurait conduits directement en prison ou dans un hôpital psychiatrique. Ainsi, lorsque le sens d'un comportement nous échappe, plutôt que de le juger, mieux vaut se demander dans quel contexte il peut avoir un sens. Les personnes souffrant de psychose ont certainement de bonnes raisons de s'agiter ou d'avoir un comportement bizarre — le patient halluciné obéit ou lutte contre ses voix, l'obsessionnel développe des rituels pour calmer son angoisse, etc. « Même le fou a sa logique » dira-t-il plus tard. Ce que nous appelons réalité n'est en fait que notre perception de la réalité.

En reprenant les propos de Watzlawick [4], nous pourrions dire que les conflits humains surgissent lorsque deux personnes attribuent un sens différent à une réalité qui est perçue en commun. C'est là souvent que les problèmes commencent..., alors que ce peut être l'occasion de grandes opportunités. Ainsi, si nous acceptons que notre réalité ne soit qu'une construction ou qu'une explication que nous donnons du monde extérieur, alors nous pouvons admettre qu'une bonne intervention peut consister à changer une construction douloureuse

de la réalité en une construction moins douloureuse (ou plus heureuse). Ceci ne signifie en aucune manière que cette construction soit plus « réelle » que l'autre. Elle est seulement moins douloureuse. Ainsi, les faits en eux-mêmes n'ont pas de sens, mais nous pouvons donner aux mêmes faits des sens différents. Et ces sens que nous aurons nous-mêmes donnés nous seront plus ou moins confortables ou plus ou moins douloureux.

Les faits, rien que les faits

C'est pourquoi dans ce type d'intervention, il est fondamental de séparer les faits des commentaires. Les faits aideront à préciser le problème ; les commentaires nous indiqueront le sens que cette personne leur donne, sa vision des choses, sa façon de voir la réalité. En pratique, nous entendons souvent les faits en même temps que les commentaires : « Il boit, c'est un fainéant », « Il boit, c'est un dépressif », « Il est agité, c'est un psychotique ».

Dans ce dernier exemple, reconnaissons que l'agitation (qui est un fait) n'est pas toujours en adéquation avec le commentaire. Et on ne peut s'empêcher de remarquer dans cette présentation le lien de cause à effet. Or, après avoir examiné le patient, il s'avère que c'était la douleur qui était dans ce cas la cause de l'agitation de ce patient sans antécédent psychiatrique. En revanche, son voisin de chambre était diagnostiqué psychotique !

Lorsque le bon sens n'est plus le bon sens

Lorsque l'on parle d'intervention brève systémique, il arrive toujours à un moment ou à un autre que l'on parle de paradoxe, d'intervention paradoxale ou de contre-paradoxe. Ce concept galvaudé a valu beaucoup d'inimitiés à ce courant psychothérapeutique, accusé de thérapie à l'aveugle, dangereuse ou dénuée d'éthique. Effectivement, le paradoxe est dangereux, surtout lorsqu'il n'existe pas de paradoxe préalable.

Par exemple, demander à un sujet agité de se calmer semble logique. Mais si cette demande réitérée ne fait qu'aggraver son agitation et sa colère, il y a un paradoxe et il serait judicieux de faire autrement. Ces situations une fois décryptées sont toujours source de réflexion, d'apprentissage et d'une nouvelle façon de travailler pour les équipes soignantes. De même, inciter son mari à arrêter de boire n'a rien d'un comportement bizarre. Pourtant, il arrive que cela puisse contribuer à exacerber le problème. Il arrive également que, malgré ses échecs répétés, l'épouse persiste dans ses injonctions. L'épouse n'a ni tort, ni raison dans cette interaction avec son époux. Elle a juste choisi une solution qui non seulement ne fonctionne pas, mais encore entretient le problème. Ainsi, dans cette vision non normative et non pathologisante, il apparaît que **le problème** qui l'amène... **est la solution qu'elle a choisie pour le régler**. Le problème est une solution inadéquate qui n'a que trop duré. Quel que soit le contexte, la solution (inadéquate et répétitive) est le problème !

La demande définie comme une « boucle interactionnelle »

Ainsi, au regard de ces quelques exemples, il semble bien que, quelle que soit la cause de la demande, le problème n'est plus de savoir pourquoi le sujet a un problème (ou pourquoi le sujet est un problème), mais plutôt de savoir comment l'aider à se sortir d'une situation de souffrance en termes d'interaction. Car nous prenons l'option de considérer que la demande qui nous est faite s'inscrit dans une boucle interactionnelle. Et en effet, en définissant ainsi le problème, nous nous retrouverons en face de relations entre personnes, groupes et événements de vie. Et même lorsque le patient vient seul, vit seul, n'est poussé ni par un entourage, ni par la loi... il décrit sa souffrance en termes de handicap relationnel.

Il peut exister des relations linéaires ou circulaires. Dans une relation linéaire : il y a un aller sans retour (par exemple, une balle perdue me tue, je suis bien incapable d'y répondre puisque je suis mort). Mais il existe également (voire le plus souvent) des relations circulaires : un agresseur m'agresse, je me défends (ou je crie ou je tombe en syncope ou je pleure), il prend la fuite (ou redouble de violence...). En somme, chacun est partie prenante dans la relation. En d'autres termes, à chaque étape de la relation (aussi dégradée soit-elle), nous avons toujours la possibilité de faire un autre choix qui modifiera l'interaction suivante (la boucle suivante). C'est ainsi que l'on définit deux types d'interactions :

- *l'interaction symétrique* : plus il crie, plus je crie/plus il ment, plus je mens... ;
- *l'interaction complémentaire* : plus il m'écrase, plus je m'aplatis/plus il ment, plus je continue à lui faire confiance...

Ces escalades complémentaire et symétrique sont le résultat de la persévérance et de l'intensification de l'un de ces processus qui aboutit à un état de déséquilibre problématique du système : il y a crise [9].

En TSB, et fort de notre connaissance des situations paradoxales (décrites précédemment), on comprend vite que pour sortir d'une escalade symétrique, on peut proposer une réponse complémentaire et inversement.

Vignette clinique

Illustration de l'escalade symétrique et usage de la métaphore thérapeutique

« *Plus je l'aide, moins elle travaille* » rapporte cette mère à propos de sa fille.
 « *J'ai tout essayé : les punitions, les récompenses, la surveillance, les coupures d'internet.* » Elle a tout essayé effectivement en matière d'intervention, mais elle n'a jamais essayé de ne pas intervenir avec cette adolescente en quête d'autonomie.

Thérapeute : « *Et si vous l'aidiez, en ne l'aidant pas ? Votre fille c'est comme un papillon. Un promeneur voit un jour un cocon duquel s'efforçait de sortir la* » ▷

- ▷ *chrysalide devenue papillon. N'écoulant que son bon cœur, face à sa grande difficulté à sortir de son cocon et voyant qu'il a fait tout ce qu'il pouvait pour sortir de son cocon... il décide d'ouvrir le cocon. Le papillon sort aussitôt et tombe par terre, le corps tout maigre et les ailes fripées. Il n'avait pas assez de force pour voler n'ayant pas pu les développer en forçant les parois du cocon. »*

Lorsque je fais à la place de l'autre, je ne suis pas à la mienne. Y a-t-il un paradoxe dans cette métaphore ?

Définir la position du patient

Avant d'envisager toute option thérapeutique et toute analyse motivationnelle, il importe de rechercher quelle est l'implication du patient dans la thérapie. En d'autres termes, définir la position du patient consiste à répondre à la question de savoir « *qui se plaint ?* » et « *de qui se plaint-on ?* » ^[10].

Car en termes interactionnels et systémiques, il existe, trois types de patients.

Le patient non concerné (encore appelé « touriste », même si ce terme est un peu péjoratif)

Un patient « non concerné » consulte mais n'a pas de problème — il s'agit typiquement du sujet « alcoolique » amené par sa femme ou de l'adolescent amené par ses parents. Face à un tel patient, le thérapeute doit reconnaître qu'effectivement le « touriste » a un problème mais, en termes communicationnels, il a surtout un problème avec le demandeur. Ainsi, avant même d'envisager une solution thérapeutique pour le problème désigné, il est important de reconnaître le problème que le patient a avec le demandeur et de savoir s'il est prêt à travailler sur la redéfinition du problème. En d'autres termes, qu'est-il prêt à changer pour obtenir satisfaction ? Ainsi, le « touriste » est obligé d'entendre le point de vue du demandeur et inversement bien sûr. Si un époux (ou une épouse) se plaint de l'alcoolisme de son conjoint, il (elle) sera bien obligé(e) d'entendre qu'il se plaint de sa froideur, de son manque d'affection ou de tout autre conflit — auquel ce patient rattache son propre « alcoolisme ».

Le patient-plaignant

Un plaignant a un problème mais il l'attribue aux autres (à sa famille, à son entreprise, à son patron, à ses collègues, au gouvernement, à la crise, à la société, à son enfance, etc.). Le thérapeute face à un tel patient n'est pas en mesure de lui faire comprendre qu'il est partie prenante du problème dans lequel il se trouve. La première étape est donc de l'aider à distinguer ce qu'il pense dépendre de lui (ou non), de lui apprendre que « l'autre » ne changera pas et que lui seul peut changer. « *C'est à cause de mon mari que je bois, ce n'est pas moi qui devrait être ici c'est lui* » est un point de vue respectable mais qui doit être immédiatement recadré en thérapie. En effet, le thérapeute doit faire comprendre à cette « victime » qu'elle n'est pas chez le thérapeute à

tort ou à raison, mais parce qu'elle souffre, parce qu'elle veut que cette situation change. Un point de vue qui n'est pas sans nous rappeler la prière de Marc Aurèle (reprise par les Alcooliques Anonymes) : « *Ô Dieux, donnez-moi la sérénité d'accepter ce que je ne peux changer, le courage de changer ce que je peux et la sagesse de distinguer l'un de l'autre.* »

Le patient-client

Le patient-client est très recherché des thérapeutes, car c'est un sujet qui a un problème et qui est prêt à travailler les solutions pour sortir de ce problème. S'il nous rencontre c'est bien souvent parce qu'il n'arrive pas à changer avec la solution qu'il a choisie. L'objectif du thérapeute sera d'aider le patient à comprendre son rôle dans l'entretien du problème et donc dans la solution qu'il pourra dès lors inventer lui-même — quitter l'impuissance apprise, quitter l'inhibition de l'action, repérer les pièges de la répétition, comprendre que la solution choisie est celle qui entretient le problème, etc. Au contraire du plaignant, le client doit admettre de ne changer que ce qui dépend de lui et doit accepter de ne pas changer ce qui ne dépend pas de lui. La prière de Marc Aurèle lui est bien utile également mais pour des raisons diamétralement opposées à celles du plaignant.

Quelle application dans le traitement des patients souffrant de symptômes psychotiques ?

Ainsi, on comprend bien à la lecture de ces concepts que l'une des originalités des TSB est leur 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 ^[11].

Or, dans le contexte d'un trouble psychotique, force est de constater qu'il est bien difficile pour le patient de pouvoir préciser seul les problèmes sur lesquels peut porter l'intervention thérapeutique. Tout d'abord parce qu'en phase psychotique aiguë, il est bien souvent obligé aux soins (hospitalisé ou non) mais, par ailleurs (avec ou sans contrainte), la définition de la psychose porte fondamentalement en soi la **perte du contact avec la réalité**. Dès lors qu'il voudrait déterminer seul les objectifs, il est fréquent malheureusement qu'ils soient inadaptés (surtout en phase aiguë) et en total désaccord avec le sens commun ou les souhaits de ses proches (voire de la société).

Mais alors, considérant les chapitres précédents, en quoi est-ce un problème de perdre contact avec la réalité... puisque selon les constructivistes, la définition de la réalité est plus une construction de l'esprit, une vision du monde à partir d'une réalité commune observée. Et il est un fait certain que, plus que tout autre, le patient diagnostiqué psychotique a une vision de la réalité souvent très différente de la majorité des sujets névrotiques qui l'entourent.

Le problème avec un patient souffrant de symptômes psychotiques en termes interactionnels, est l'impact de sa vision du monde. Le sujet névrotique qui ne pense pas comme vous, adapte son comportement à ce que la société lui offre comme degré de liberté. Le sujet psychotique en revanche, poussé par une vision du monde effrayante ou poussé par des hallucinations perçues comme réelles, n'est plus en mesure de se contenir dans l'espace social qui est dédié à chacun en fonction de sa culture et de son environnement. Mais il est une autre caractéristique qui n'est pas simple avec l'« halluciné » : c'est qu'il n'admet pas souvent avoir tort, ou n'admet pas souvent l'avis de l'autre. Et ce point n'est pas une interprétation de notre part, mais provient bien des propos des patients. Ils nous disent qu'ils voient souvent les autres comme un « *tout* » et un « *tout hostile* » : cette illusion de centralité qui a été décrite par Henri Grivois ^[12]. De fait, le patient halluciné ne considère pas que sa vision de la réalité ne soit qu'un point de vue. Face à l'angoisse, la personne souffrant de psychose construit une néoréalité (c'est-à-dire un délire) et il n'est pas prêt à lâcher cette construction (à la fonction protectrice en quelque sorte) pour la réalité de l'autre ou des autres.

En termes de communication, il est difficile de convaincre un convaincu qui a déjà trouvé une solution (inconsciente) à son problème (l'angoisse psychotique). Cette hypothèse de travail, Sigmund Freud en parle depuis longtemps considérant que le délire est une tentative de résolution de l'angoisse. Mais une tentative de résolution, n'est pas une solution unique et fixée... et c'est peut-être là que **le constructiviste peut aider le patient**.

En termes constructivistes, c'est ainsi que l'idéation suicidaire peut devenir aussi une tentative de solution. C'est même parfois un grand soulagement que d'avoir enfin une solution de sortie de crise par l'idée du suicide. Tous les cliniciens ont déjà rencontré ces patients mélancoliques, angoissés, torturés par leurs ruminations douloureuses presque soulagés par l'idée du suicide qu'ils programment. « *Sans l'idée du suicide, la vie me serait insupportable* » disait Cioran. Mais pour nous, thérapeutes, ce ne sont que des tentatives de solution, auxquelles nous ne pouvons adhérer étant donné que nous sommes du côté de la pulsion de vie. D'où l'importance de ne les voir que comme « une solution parmi d'autres, que le patient n'aurait pas encore explorées ».

Mais ce ne sera pas en expliquant au patient que la solution qu'il a choisie n'est pas cohérente avec la réalité partagée de l'ensemble de la population que nous l'aiderons à changer d'avis. Surtout si nous voulons garder l'alliance thérapeutique.

Le paradoxe du thérapeute

Ainsi, comment pouvons-nous faire admettre à quelqu'un (patient ou non) que notre réalité est différente (ou meilleure) que la sienne ? Avec un proche bien inscrit dans la névrose, c'est déjà difficile. Il est vrai que le névrosé

passer son temps à faire des concessions, cherche sans cesse à améliorer sa réflexion et même parfois admettra-t-il ses torts pour ne pas perdre ses amis (ou par culpabilité, mésestime de soi...). D'ailleurs, avec un névrosé qui ne serait pas « conforme », ne dit-on pas qu'on va tenter de lui faire « entendre raison ». Ce qui ne fonctionne pas évidemment puisque c'est souvent par l'affect qu'on aide son ami à changer d'avis.

Ce qui caractérise la personne souffrant de psychose — au-delà du fait qu'il est difficilement accessible par l'affect — c'est qu'il n'admet pas facilement que sa vision du monde n'est qu'un point de vue. Lorsqu'il change la réalité, pour lui **cette nouvelle réalité est vraie**. Sa tentative de résolution de l'angoisse, c'est de rationaliser cette angoisse, c'est-à-dire la mettre dans le réel... en l'occurrence le sien. Et comment rationaliser l'angoisse autrement que par une néoréalité qui fait peur : sentiment d'incompréhension, illusion de centralité, persécution, complot, hostilité des autres, etc.

Ainsi, la première difficulté que rencontre le thérapeute qui veut travailler avec un patient diagnostiqué psychotique est de cerner le paradoxe de sa position de thérapeute. « *L'un des charmes du travail avec les agents doubles réside dans le fait qu'ils sont rémunérés par l'ennemi.* [5] » Dans le cadre du travail avec un patient souffrant de psychose (comme dans le cadre des soins obligés), les médecins sont en devoir de se poser la question de savoir au service de qui ils travaillent. Bien évidemment, leur cœur penche du côté des patients. Pourtant ils ne peuvent pas oublier leur devoir d'être social qui les fait incliner du côté de la société et de la réalité sociale.

Lorsque vous êtes poursuivi par un fou armé d'un couteau, pour le juge ou le psychiatre, celui qui a un problème, c'est le fou [5]. En TSB celui qui a le problème est celui qui souhaite que la situation change, en l'occurrence celui qui est poursuivi.

Le thérapeute est-il censé « normaliser » les individus qui remettent en question les valeurs de notre société par le délire (ou le suicide) ? Ou bien est-il censé donner son aide à celui qui a un comportement déviant en lui donnant raison contre l'ensemble de la société ? En fait, le thérapeute se trouve à la croisée des chemins et, s'il veut avoir les mains libres, il est préférable qu'il oublie la vision dichotomique entre le normal et le pathologique.

Vignette clinique

Illustration du changement de point de vue

Une femme est hospitalisée parce qu'il y a des loups dans sa maison qui veulent manger ses enfants (alors qu'il n'y en a pas..., nous avons vérifié). Il est certes très simple de dire que cette femme est psychotique et hallucinée. Lorsque nous rencontrons son mari, alcoolique, violent, qui a eu des comportements incestueux avec l'un de leurs enfants (la sœur nous l'a confirmé par la suite), qui la bat parce qu'elle ne se montre pas serviable envers lui mais qui l'accuse de le tromper lorsqu'elle a du dégoût pour lui, nous comprenons mieux sa situation et donc son



- ▷ attitude. Montrer sa peur sous-entend à son mari qu'il est dangereux, ne pas la montrer est un manque de respect, se révolter est impossible car il aura le dessus et faire allégeance met ses enfants en danger. Cette patiente se retrouve donc dans ce qu'il est commun d'appeler « un double lien » : c'est-à-dire que quelle que soit la solution choisie, elle a tort. Une solution ? La fuite ? Mais elle ne peut pas abandonner ses enfants. Face à l'angoisse, le fonctionnement inconscient le plus économique chez cette patiente semble donc être la « folie ». Donc entre partir et devenir folle, son choix inconscient fut vite fait. En devenant folle, elle mobilise le corps social, son médecin traitant (signataire du certificat) et sa sœur (signataire de la demande d'hospitalisation sans consentement). Hospitalisée, les enfants sont confiés à la sœur ; à l'issue de l'entretien familial, il est décidé qu'elle ne reviendra pas chez elle (le mari n'en veut plus... : « *Une folle, pensez donc !* »). Et comme le mari est incapable de s'occuper seul des enfants, ils resteront chez la sœur (étant donné qu'en tant que « folle », la patiente ne peut plus s'occuper seule de ses enfants). La sœur est beaucoup plus adaptée pour protéger les enfants, qui ne verront plus leur père seul, en attendant que la justice s'occupe de la situation. Resitué dans son contexte et d'un point de vue interactionnel, ce comportement de « folle » était son seul moyen acceptable d'échapper à une situation intenable tout en protégeant ses enfants. Il n'y avait pas « des loups » dans sa maison, il n'y en avait qu'un seul... et de taille.

Dans cet exemple, on comprend bien que notre but n'est pas de repousser les limites entre normal et pathologique, mais de comprendre comment fonctionne le sujet victime d'hallucinations et comment, d'un point de vue fonctionnel, il cherche les solutions (inconscientes) les plus économiques pour moins souffrir ou se sortir de situations inextricables.

Mais, si le sujet utilise le changement de la réalité comme tentative de solution, il faut bien reconnaître qu'il n'en a pas conscience : la patiente présentée ci-dessus refusait les soins lorsqu'elle était hospitalisée et voulait partir car ses hallucinations l'effrayaient. Par ailleurs, elle ne pouvait pas admettre notre interprétation « fonctionnelle » de systémiciens. D'ailleurs, tous ceux qui lui ont dit que « *c'était dans sa tête* » ou que « *c'était pour fuir son mari* » ou que « *la symbolique du loup signifie que...* » n'ont jamais pu entrer en contact thérapeutique avec elle, contrairement à ceux qui lui ont donné « *un traitement pour chasser les loups* » avec l'aide de sa sœur — car on ne peut pas toujours s'en sortir tout seul.

En termes de communication, ne pas entendre le délire hallucinatoire en tant que « vérité pour le patient » est une erreur à double titre

En effet, en premier lieu, ne pas l'entendre c'est choisir dans ce paradoxe du thérapeute de faire clairement alliance contre le patient. En effet, lorsque le patient est hospitalisé sans son consentement ou lorsque ses propos n'appartiennent pas au sens commun (par exemple, il n'y a pas de loup), le

thérapeute se trouve *de facto* dans un double lien. En tant qu'agents doubles, pour le patient, nous sommes rétribués par l'ennemi (la société qui l'a enfermé, la société qui ne le croit pas). Nous sommes donc du côté du tiers qui a demandé l'hospitalisation (garant de l'ordre social). Nous sommes du côté de la pensée commune de la société (garant de l'ordre moral). Bref, nous ne sommes pas du tout en alliance avec le patient, discrédités *a priori* et incapable de travailler avec lui. À part attendre que les antipsychotiques prescrits de force agissent au bout de plusieurs semaines, les solutions sont minces et peu satisfaisantes pour l'avenir lors de l'amélioration symptomatique. Nous n'aurons que réticence, alors que nous attendons naïvement la critique du délire.

Mais si nous faisons alliance avec le patient en « entrant » dans le délire ou en contestant son hospitalisation contrainte, comment pouvons-nous travailler avec la famille (ou le demandeur) ou l'État (en cas d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État), s'ils nous pensent fondamentalement aux côtés du patient ? Comment pouvons-nous être crédible vis-à-vis de la société en tant que soignant si nous délirons avec le patient, seuls contre tous ? Pourtant, au nom de la sacro-sainte alliance thérapeutique, notre métier de thérapeute n'est-il pas d'aider des sujets en souffrance ? Quoi qu'il en soit, d'un point de vue systémique, ce n'est pas un cadeau à lui faire que d'entrer avec lui dans le délire. Car si le thérapeute et le patient s'isolent des demandeurs, ils se retrouvent seuls contre tous, alors que l'amélioration ne peut se mesurer que dans la souplesse à appréhender une réalité commune.

Ainsi, face à la psychose ou à la contrainte, le thérapeute est dans une situation inextricable, coincé entre le marteau et l'enclume, entre son devoir de soignant et son devoir « d'être-social-et-responsable ».

La seconde erreur lorsqu'on ne veut pas entendre la vérité du patient est une erreur majeure de communication. Une erreur qu'aucun vendeur de voitures ou de cravates n'oserait commettre d'ailleurs. Quelques exemples pour nous aider à mieux comprendre.

Exemple

Exemple de « dialogue de sourds »

- Patient : « *J'entends des voix.* »
- Thérapeute : « *Non, il n'y a pas de voix.* »
- Patient : « *J'entends des voix.* »
- Thérapeute : « *Mais non... c'est dans votre tête.* »
- Patient : « *Puisque je vous dis que j'entends des voix, ça m'arrache la tête.* »
- Thérapeute : « *Mais non, c'est du délire.* »

Deux heures ainsi... c'est long ! Certes cet échange est caricatural (encore que...). Et nous pouvons admettre que nous ne répondons peut-être pas de

façon aussi abrupte aux patients. Toutefois, les longs silences que l'on peut observer face à l'expression d'une telle souffrance ne sont-ils pas parfois plus agressifs que cet échange infructueux ?

Vignette clinique

Se taire, c'est aussi communiquer !

Lors d'une garde à vue, une patiente hallucinée invectivait le jeune gendarme qui ne répondait pas et évitait son regard. Et moins il répondait (souhaitant rester « professionnel »), et plus elle l'invectivait. Son chef (plus ancien) commence alors à la regarder, hoche la tête, et redis le dernier mot de chacune de ses phrases, calmement... en hochant la tête. Et la patiente commence à parler moins fort et à s'apaiser. En train de rédiger le certificat, je m'interromps, m'approche et explique aux deux gendarmes qu'elle n'est pas dans la réalité. Le plus âgé me dit : « *La pauvre, ce n'est pas sa faute.* » Le plus jeune s'apaise et la regarde. Au moment de la ramener à la voiture, il lui parle doucement, elle se laisse conduire calmement.

Prenons un autre exemple qui ne se situe pas dans le champ de la psychothérapie, afin de bien comprendre l'importance d'écouter le langage de l'autre :

- Acheteur : « *Je voudrais un monospace.* »
- Vendeur : « *Vous avez des enfants ?* »
- Acheteur : « *Non je suis célibataire... mais j'aime bien les monospaces.* »
- Vendeur : « *Vous n'avez pas besoin d'un monospace si vous êtes célibataire.* »
- Acheteur : « *Oui, mais... j'aime bien les monospaces. On peut aller l'essayer ?* »
- Vendeur : « *Non franchement je n'en vois pas l'intérêt.* »
- Acheteur : « *... ! ? ...* »
- Vendeur : « *Regardez cette petite sportive. 200 ch. sous le capot ! Ça c'est de la bagnole ! Une belle voiture de jeune célibataire. Faites-moi confiance, le monospace ce n'est pas pour vous.* »
- Acheteur : « *Mais puisque je vous dis que je veux un monospace... J'ai beaucoup de choses à transporter.* »
- Vendeur : « *Et un break, un peu sportif ? Ça vous dit ?* »
- Acheteur : « *Vous êtes bouché ? Je veux un MONOSPACE ! Appelez-moi votre chef !* »
- ...

Jamais un tel dialogue avec un vendeur de voiture ne sera accepté par un directeur des ventes. Et un vendeur ne vendra jamais rien ainsi. D'ailleurs, avez-vous un jour entendu un tel discours de la part d'un vendeur ? Et pourtant combien de médecins ont prescrit des médicaments mal supportés malgré les protestations des patients en raison de leurs effets secondaires. Combien de diabétiques ont dû respecter les protocoles rigides imposés par les médecins ? Combien de patients passif-dépendants décrétés « hospitalophiles » ont dû quitter l'hôpital la honte au front ?

Reprenons quelques exemples...

Exemple

Du prescripteur n° 1...

- Patiente : « *Votre traitement contre la tension, je ne le supporte pas.* »
- Médecin 1 : « *Madame, l'hypertension c'est très grave à votre âge. Il faut continuer le traitement.* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'entends bien, mais je me gratte entre chair et peau. Je ne le supporte plus.* » [La patiente est âgée, l'expression est intéressante !]
- Médecin 1 : « *Est-ce que vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? Entre vous gratter et risquer l'accident vasculaire cérébral vous préférez votre confort et ne pas vous gratter ! Je vous prescris un antihistaminique, mais c'est bien parce que c'est vous.* »
- Patiente : « ... »

C'est parce que de tels dialogues sont improductifs, irrespectueux, illogiques, contre-productifs que l'abord systémique et bref de la communication interpersonnelle peut aider à communiquer avec les patients souffrant de psychose. Même si le néophyte appelle cela de la politesse.

Suite de cet exemple : la patiente, qui n'a pas pris le traitement... ni l'anti-hypertenseur, ni l'antihistaminique, a changé de médecin (sur nos conseils).

Exemple

...Au prescripteur n° 2

- Patiente : « *Le traitement que m'a prescrit votre confrère contre la tension, je ne le supporte pas. C'est un bon traitement... mais je ne le supporte pas.* »
- Médecin 2 : « *Madame, l'hypertension c'est très grave, à votre âge. Il faut absolument avoir un traitement contre la tension.* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'entends bien, mais je me gratte entre chair et peau. Je ne le supporte plus.* »
- Médecin 2 : « *Je suis bien d'accord avec vous et c'est un problème très ennuyeux cela, car si vous ne le supportez plus, vous allez l'arrêter. Voulez-vous que je le change ?* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'ai bien compris que c'était grave, mais je me gratte tellement vous comprenez.* »
- Médecin 2 : « *Mais bien sûr que je vous comprends Madame. Un bon traitement doit être bien supporté, sinon on ne le prend pas. Et on a bien raison de ne pas le prendre. Je vous prescris celui-ci, il ne donne pas de démangeaisons. Malheureusement aucun médicament n'est parfait. Et je dois vous avouer que celui-ci donne parfois un peu de nausées. Si j'étais vous, je le prendrai bien au milieu du repas pour ne pas avoir ces nausées. Mais rassurez-vous : **si jamais vous ne le supportez pas, vous l'arrêtez tout de suite et vous m'appellez... d'accord ?** Et je vous en prescrirai un autre !* »

Alors que les objectifs sont les mêmes — prendre un traitement anti-hypertenseur vous sauve la vie —, quelle est la différence entre ces deux médecins ? Au-delà de l'impolitesse et de la suffisance du premier médecin (et nous vous jurons que cet exemple est authentique) :

- le premier médecin n'entend pas la « vérité de la patiente », le second si ;
- le premier médecin ne croit pas à la réalité douloureuse de la patiente, le second si ;
- le premier médecin ne veut pas comprendre la motivation de la plainte de la patiente (se gratter est plus insupportable que de risquer l'accident vasculaire), le second si ;
- le premier médecin n'accepte pas que la patiente commande, le second si ;
- le premier médecin n'utilise pas les ressources de la patiente, le second si ;
- et surtout le second médecin augmente la réalité de la patiente en lui donnant raison ! Le premier médecin, non.

Reconnaître, Accepter, Augmenter pour mieux Utiliser

Ainsi, on le voit pour communiquer avec l'autre il faut le **comprendre**. Et la démarche thérapeutique ne passe pas que par une volonté humaniste d'aider les autres. C'est aussi une démarche structurée qui passe par des règles de communication.

Les vendeurs sont parfois meilleurs que les docteurs car ils vous comprennent toujours. Le mauvais vendeur de l'exemple précédent ne comprend pas la demande de son acheteur, pire il ne l'entend pas et ne l'accepte pas. Lorsque l'on veut communiquer avec l'autre, il faut comprendre ses objectifs. Ce célibataire sans enfant a sûrement une bonne raison de vouloir un monospace (il est antiquaire, il déménage souvent, il veut dormir dans sa voiture quand il voyage, il aime les grosses voitures, il a eu un accident avec une petite voiture, etc.). Mais ce couple qui vient en famille a également une bonne raison de vouloir acheter ce même monospace (quatre enfants, beaucoup de bagages, le confort, un moteur économique, etc.).

Un bon vendeur n'impose jamais son point de vue. La seule réalité qu'il imposera, c'est la capacité de l'acheteur à financer son achat, mais il ne touchera certainement pas aux raisons qui le poussent à acheter.

Cinq personnes se présentent un samedi après-midi pour acheter une petite voiture sportive. La première veut une sportive, la seconde veut allier sport et confort, la troisième veut allier sport et économie, la quatrième veut une plus petite voiture avec toutes les options plutôt qu'une grosse sans option, la cinquième veut une caisse en métal avec quatre roues et un moteur pour aller d'un point à un autre. À chaque fois le bon vendeur les comprendra. Il sera d'accord avec les objectifs de ses acheteurs potentiels

qui sont tous différents alors qu'ils souhaitent la même voiture. Et ils sortiront tous heureux de ce bel achat car « *lui, au moins il a bien compris ce que je cherchais !* »

En thérapie, quatre mots-clefs sont indispensables pour communiquer, après avoir déterminé la position du patient (acteur ou non, contraint ou libre, plaignant ou client) :

- **reconnaître** : si l'on veut pouvoir être empathique (c'est-à-dire comprendre la souffrance), il faut reconnaître la structure et la logique du patient, reconnaître ses valeurs, ses inquiétudes, ses croyances ;
- **accepter** : car reconnaître ne suffit pas. Le thérapeute doit avoir assez de distance pour être capable d'accepter que l'autre ne pense pas comme lui. Il doit accepter que telle valeur peu importante à ses yeux est au contraire capitale pour le patient. Par exemple, une patiente m'a rapporté l'agression dont elle a été victime. Au cours de la bagarre (assez violente) son agresseur a pris le dessus et a commencé à l'attoucher. Elle me dit alors avec beaucoup de souffrance : « *Alors là, quand j'ai compris que j'allais y passer ! Ça m'a donné une énergie incroyable pour me battre ! Vous comprenez ? J'ai pensé : plutôt morte que violée.* » Je savais tout de suite quelles étaient ses valeurs et je les ai acceptées même si, fort de mon expérience de thérapie avec des patientes victimes de viol, ces dernières me rapportaient plus souvent le contraire (à savoir qu'elles avaient eu plus peur de mourir que du viol en soi) ;
- **augmenter** : le thérapeute, dans son empathie, augmente non pas le symptôme mais les valeurs qui sont ainsi mises en avant. « *Comme je vous comprends.* » « *Je ne peux pas imaginer ce que vous vivez, mais je comprends que cela doit être terrible.* » Avec les douloureux, les suicidaires, les désespérés, il ne viendrait à l'idée de personne de minimiser leur souffrance ; sinon, impossible de continuer à échanger ;
- pour mieux **utiliser** : ainsi informé des valeurs, des croyances, des outils (qui fonctionnent ou pas), nous avons tous les leviers au nom desquels le patient peut changer.

Vignette clinique

Communiquer sur la base du « langage du patient »

Un homme, militaire de carrière, vient pour son fils consommateur de haschich. Il a trouvé un joint dans sa chambre et son fils lui a dit que c'était pour le week-end prochain avec ses copains. Il est en classe préparatoire, il travaille bien et lui avoue que de temps en temps, il « tire des lattes avec ses potes » (expression consacrée). Je me garde bien de lui dire qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter avec un jeune qui partage un joint en soirée de temps en temps avec des résultats scolaires brillants et qu'un peu de cadre suffirait. D'abord parce que je suis médecin (c'est-à-dire dans le soin et pas dans la réduction des dommages) et ensuite — et surtout — parce qu'il ne le comprendrait pas.



- ▷ J'écoute la suite : valeurs morales, rigidité, « *Moi de mon temps...* », « *Pourtant il a tout pour être heureux* », « *Je n'y arrive plus avec lui* », « *Qu'est ce que j'ai fait de mal* », « *J'ai envie de le défoncer* ». Jusqu'au moment où il me dit : « *Pourtant, j'ai l'habitude avec les jeunes que j'encadre. Quand ils ont des problèmes, on se parle entre hommes, au calme. J'écoute leurs problèmes et **on trouve toujours une solution.*** »

En voilà, de bonnes ressources ! Utiliser les ressources existantes a été le moteur du changement :

– Thérapeute : « *Vous allez dire que je raconte n'importe quoi, mais c'est bizarre de voir comment vous y arrivez bien avec des jeunes que vous ne connaissez pas, et combien c'est dur avec votre fils que vous connaissez mieux.* »

– Patient : « *Mais ça n'a rien à voir ! C'est mon fils.* »

– Thérapeute : « *Je ne sais pas si cela n'a rien à voir, mais vu de mon point de vue, vous avez des ressources que d'autres n'ont pas.* »

– Patient : ...

– Thérapeute : « *C'est comme si vous me disiez que parce que vous êtes plaquiste professionnel, vous ne pouvez pas poser du Placo dans votre propre maison. C'est bête hein ?* »

...

– Patient : « *Ah oui, c'est bête* »

...

– Thérapeute : « *Un électricien qui ne changerait pas une ampoule à la maison...* »

– Patient [qui sourit] : « *c'est bon... j'ai compris.* »

Passons sur la « vente » de cette solution pour conclure sur le fait qu'ils se sont retrouvés tous deux, sur leur barque autour de leur passion commune (la pêche) et ont pu parler « entre hommes ». Il a téléphoné pour me dire que son problème était résolu : « *J'ai retrouvé la confiance.* »

Vendre des voitures c'est bien, mais ça n'a rien à voir avec les hallucinations... quand même !

Face au langage parfois étrange du patient halluciné, le thérapeute n'a pas d'autre choix que de reconnaître et accepter cette vision des choses. Sinon, il ne pourra jamais introduire de nouveaux éléments dans cette vision de façon à l'ouvrir ou à la modifier dans un sens différent, rendant envisageable la tâche qu'il se propose de soumettre au patient. Toutefois, la conviction délirante est telle qu'il doit se cantonner à proposer des tâches précises et concrètes qui vont permettre de modifier les modalités que le patient a déjà utilisées pour trouver une solution à son problème. Quelques exemples s'imposent.

Vignette clinique

Reconnaître l'hallucination : point de départ de l'alliance

À 18 h, l'équipe d'hospitalisation sans consentement m'appelle pour voir Monsieur X. Il a été hospitalisé pour bouffée délirante aiguë cet après-midi. Ce soir, il est très angoissé et agité. Il veut partir et refuse le traitement. Il faut que je donne mon accord pour le contenir et lui prescrire un calmant puisqu'il est hospitalisé sans son consentement.

– Thérapeute : « *Que se passe-t-il Monsieur X ? Qu'est ce qu'il vous arrive ? Je vois que vous êtes inquiet. On me dit que vous voulez partir.* »

– Monsieur X : « *Oui, c'est mon cœur.* »

– Thérapeute : « *Oui, qu'est qu'il a votre cœur ?* »

– Monsieur X : « *Personne ne me croit ! Vous ne le voyez pas ? Il sort de ma poitrine, il me regarde... Attention vous êtes trop près.* »

– Thérapeute : « *Je me recule, rassurez-vous ! Vous voulez qu'on trouve une solution pour votre problème de cœur ?* »

Monsieur X me regarde très angoissé, il a du mal à parler. Il me fixe. Il semble attendre. Je reprends la conversation :

– Thérapeute : « *Voulez-vous quelque chose pour faire rentrer votre cœur dans votre poitrine et qu'il arrête de vous regarder ?* »

– Monsieur X : « *Ouiii, je n'en peux plus.* »

– Thérapeute : « *Je vais vous donner un médicament qui va calmer votre cœur. C'est un médicament qui va le faire revenir dans votre poitrine et qui va faire qu'il ne vous regardera plus. Est-ce que vous êtes d'accord ?* »

– Monsieur X : « *D'accord.* »

– Thérapeute : « *C'est du XXX, ça se prend par la bouche. Ça agit plus vite en le laissant sous la langue.* »

[Je me tourne vers notre infirmière qui a déjà préparé le cachet et s'approche avec un verre d'eau.]

– Thérapeute : « *Êtes-vous d'accord pour le prendre par la bouche ? Cela ne pose pas de problème ? Ou préférez-vous une piqûre ?* »

– Monsieur X : « *Non, par la bouche, si c'est plus rapide. Pas besoin d'eau, je le laisse sous la langue.* »

Dans cet exemple, à aucun moment le thérapeute ne dit **non**. Mais il ne rentre pas dans le délire du patient. Il **reconnaît** la symptomatologie particulière de l'angoisse (un cœur qui sort du corps et qui regarde le patient), il **l'accepte** (pourquoi mettre le patient dans une réalité qu'il n'est pas en mesure de comprendre ou d'accepter pour l'instant), il **l'augmente** (en reprenant les termes exacts du patient et en réifiant sa souffrance). Il **l'utilise** (il est médecin ou infirmier, donc il fait son métier de médecin ou d'infirmier... il donne des médicaments... avec de la parole).

Avec les patients en phase aiguë d'un trouble psychotique, il faut redoubler de prudence dans le choix des mots. Ces patients sont de véritables « plaies

ouvertes » et prennent très souvent notre discours au « pied de la lettre ». En d'autres termes, ils sont plus souvent en langage littéral qu'en langage analogique (par exemple, question : « Vous avez l'heure ? » ; réponse : « Oui ! »). Mais plutôt que de rester silencieux devant cette souffrance et donc d'accroître l'angoisse du sujet (et celle du jeune thérapeute), admettons que quelques phrases ou quelques questions simples peuvent rassurer : « *Je comprends* », « *Pouvez-vous bien m'expliquer que je puisse bien comprendre* », « *Si je comprends bien, vous entendez des voix ?* », « *Vous entendez des voix, cela doit vous faire drôlement peur* », « *Et vous les entendez comment ?* », « *Moi ? Si je les entends ? Non je n'y parviens pas, mais racontez-moi* », « *Oui c'est possible que vous puissiez entendre quelque chose que je n'entends pas* », « *Vous en souffrez ? Nous allons tout faire pour que cela cesse* », « *Où sont-ils ces gens ?* », « *Je ne fais pas de bêtise ?* », « *Cela vous rassure si je vous dis que...* », « *Vous avez peur, je comprends bien.* »

Un bon vendeur, ne dit jamais non. Dans ces quelques phrases, il n'y a pas de non. Mais il n'y a pas non plus d'adhésion au délire. Il n'y a que du questionnement, de l'ignorance et parfois quelques tentatives d'alliance sur le mot « souffrance », « aider », etc. Le thérapeute reconnaît le langage du patient. Il l'accepte (les autres ne pensent pas comme nous). Et donc il n'a d'autre choix que de l'utiliser : pas d'opposition aux croyances du patient et pourtant, le projet de soin est déjà en place.

C'est important de connaître son diagnostic lorsqu'on a une maladie, dit-on en psychologie médicale. Oui, mais quel diagnostic ? S'il est stigmatisant ou dévalorisant... ce n'est pas facile à admettre. J'ai suivi pendant deux ans un patient pour « épisode aigu » avant que nous ne puissions évoquer le diagnostic de schizophrénie. Parler le langage du patient, c'est aussi lui trouver le diagnostic qui lui convient le mieux ou qu'il comprend le mieux. Il n'est pas très productif d'expliquer en détail la physiopathologie du diabète insulino-dépendant à une personne âgée, analphabète, caractérielle qui vit dans une caravane et donne des coups de canne à la courageuse infirmière qui lui fait son insuline une fois par jour. En revanche, un enfant de 11 ans, bon en calcul, peut être avide d'explications scientifiques sur les mécanismes du diabète et comprend parfois plus vite que l'interne comment utiliser l'insuline pour être en forme lorsqu'il joue au foot avec les copains. Et, dans ce cas, c'est lui le prescripteur.

Dans l'exemple qui suit, le diagnostic présenté est toujours celui de la patiente.

Vignette clinique

Préférer une approche centrée sur le symptôme

Madame N. est hospitalisée en neurologie pour « crises convulsives sous neuroleptiques classiques ; demande d'adaptation thérapeutique par le psychiatre en raison d'une recrudescence d'idées délirantes, chez une patiente atteinte ▷

- ▷ d'une schizophrénie paranoïde. » Renseignements pris auprès de son psychiatre traitant, elle bénéficiait de longue date d'un neuroleptique plus ou moins efficace et un nouvel antipsychotique (réputé avoir moins de risque épileptogène) aurait le double avantage d'être moins toxique et peut-être plus efficace.

La première rencontre s'est mal passée. Le jeune collègue qui l'a rencontrée avant moi lui a parlé d'hallucinations, de résistance au traitement, de mauvaise compliance et d'hospitalisation en psychiatrie si elle refusait le traitement. Appelée à la rescousse, il me dit qu'elle s'est fermée totalement et qu'il ne pouvait plus communiquer avec elle.

En arrivant, j'ai déjà beaucoup d'informations ; d'ailleurs, dès mon entrée dans la chambre et après m'être présenté comme psychiatre, elle s'exclame, véhémentement : « Ah ! Vous aussi vous êtes psychiatre ! Ne me parlez pas d'hallucinations ! Et surtout pas d'hospitalisation chez les fous. » Au moins je savais de quoi je ne devais pas parler. Alors j'embraye...

– Thérapeute : « Qui parle d'hallucination ? Expliquez-moi les problèmes s'il vous plaît ? Je ne comprends pas. »

– Madame N. : « Mon problème n'est pas psychiatrique, j'entends trop voilà tout. »

– Thérapeute : « Vous entendez trop ? Oui effectivement c'est un problème. Expliquez-moi s'il vous plaît. Donnez-moi des exemples. »

– Madame N. : « Et bien j'entends mes voisins qui se moquent de moi, j'entends les gens dans la rue qui pensent et qui m'insultent. Et ici c'est pire, j'entends les infirmières qui m'insultent. »

– Thérapeute : « C'est intolérable effectivement. Elles vous insultent quand elles viennent dans votre chambre ? »

– Madame N. : « Non, non, jamais devant moi ! Mais je les entends très bien lorsqu'elles sont dans leur poste infirmier. Elles rient, elles se moquent de moi, elles m'insultent. »

– Thérapeute : « Si je comprends bien, et arrêtez-moi si je raconte n'importe quoi..., vous avez l'ouïe tellement fine que vous entendez à travers les murs et même parfois à travers la tête des gens ? »

– Madame N. : « Ouiiiiii !! C'est ça, c'est exactement ça ! C'est insupportable. »

– Thérapeute : « Vous entendez trop, c'est ça ? »

– Madame N. : « Oui, c'est ça. »

– Thérapeute : « Votre problème c'est que vous avez l'ouïe trop fine. C'est ça ? »

– Madame N. : « Oui c'est ça. »

– Thérapeute : « Et vous en souffrez ? »

– Madame N. : « Oh oui alors !! »

– Thérapeute : « J'ai un médicament pour cela. Un médicament contre l'ouïe trop fine, un médicament pour ceux qui entendent trop. »

– Madame N. : « Ce n'est pas un neuroleptique j'espère ! »

– Thérapeute : « Oui et non. En fait c'est un médicament de nouvelle génération, avec moins d'effets secondaires et soi-disant plus d'efficacité. Vous voulez qu'on regarde ensemble le Vidal® ? »



▷ [L'interne m'apporte le Vidal®. Nous le lisons ensemble avec la patiente pour constater qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaires, mais qu'il y en a quand même. Mais ils sont rares. Et je ne cache pas qu'il y en a.]

– Thérapeute : « *Comme tout médicament, il y a du pour et du contre. Le problème de tout traitement selon moi, c'est le rapport bénéfices/risques. La balance entre l'efficacité et les effets secondaires.* »

[Silence... long...]

– Thérapeute : « *En gros, notre objectif serait d'avoir une audition normale malgré les effets secondaires qu'on peut d'ailleurs éviter avec des médicaments dits correcteurs si besoin.* »

[Silence... long...] [Des larmes apparaissent.]

– Madame N. [sur un ton plus calme] : « *Mais ce n'est pas tout. Je vois aussi à travers les murs.* »

– Thérapeute : « *Pas possible, vous avez la vue aussi qui est trop... perçante ? On peut dire ça ? Une vue trop perçante ?* »

– Madame N. : « *Absolument. Une vue trop perçante. Et ça me gêne aussi beaucoup.* »

– Thérapeute : « *J'ai un traitement pour ça.* »

– Madame N. : « *Un autre ?* »

– Thérapeute : « *Non, le même, aux mêmes doses. Il est efficace sur toutes les sensations bizarres.* »

[Silence... long...]

– Madame N. : « *On essaye ?* »

– Thérapeute : « *Si vous voulez...* »

Quelque temps après, sortie de l'épisode aigu, elle n'avait pas oublié cette deuxième rencontre, non normative et non pathologisante. Elle en a d'ailleurs beaucoup parlé à son psychiatre traitant. Elle avait un problème et nous lui avons proposé une solution acceptable. Nous avons échangé avec ce confrère qui m'a remercié d'être allé dans son sens thérapeutique. Car en fait, c'est ainsi qu'il a toujours procédé avec elle (et avec d'autres d'ailleurs) pour lui faire prendre le précédent traitement et ne jamais avoir eu besoin de l'hospitaliser. Que nous importe de savoir qu'elle souffrait d'une « psychose hallucinatoire chronique » si cela n'a pas d'intérêt au moment de la rencontre. Elle souffrait de symptômes qu'il fallait nommer, mettre en lien avec une souffrance pour avoir un langage commun. La seule chose difficile à négocier était les effets secondaires abondamment relayés par le Vidal®. Mais nous ne sommes pas des statisticiens et l'effet placebo, cela existe.

Mais alors, on ne donne jamais les diagnostics aux patients ? Et bien en réalité, c'est à cause de ce genre de réflexion extrémiste que la psychiatrie est en difficulté. La psychiatrie n'est pas une science à part, c'est de la médecine ; « et en médecine, il n'y a jamais jamais, et jamais toujours » comme disait l'un de mes Maîtres. J'ai ainsi longuement expliqué les mécanismes de « l'automatisme mental de Clérambault » à une patiente, étudiante en Histoire de l'Art, qui était en train d'étudier les drapés dudit Clérambault

(merci Wikipédia !). Elle fut très intéressée de comprendre que c'est sa propre pensée qui anticipait sa pensée, ce qui expliquait les échos et la plupart des symptômes. Lorsque le patient, grâce au traitement antipsychotique reprend pied, à un moment ou à un autre la question du diagnostic arrive sur la table (seul ou en famille). À nous de comprendre qui est capable d'entendre quoi : tact et mesure sont alors de rigueur.

Ne croyez pas le psychotique..., il dit la vérité

À l'inverse de cette attitude thérapeutique qui consiste à entendre les propos du patient comme sa réalité, certains ont tenté de décrypter les mots du délire. La TSB nous l'avons vu précédemment ne s'intéresse pas au « pourquoi » mais au « comment ». Et, dans ce contexte, l'interprétation des propos n'a pas grand intérêt. Quoique...

C'est auprès de Dominique Megglé que nous avons appris que, parfois, il n'est pas inutile de comprendre aussi le sens des mots, surtout lorsqu'ils sont bien mis en évidence. Un jour, lors d'une supervision, il nous a rapporté cette phrase entendue de son maître Jean Tignol : « *Ne croyez pas le psychotique, il dit souvent la vérité.* » Et de poursuivre, en contant l'histoire d'un patient hospitalisé dans un grand état d'agitation pour un épisode délirant aigu, à type de persécution (un complot de la CIA). Entre autres propos anxieux et délirants, il était particulièrement inquiet pour son frère et lui rapportait : « *Ma fiancée a enrôlé mon frère dans la CIA, elle a couché avec lui et l'a convaincu de faire partie du complot contre moi. Ils m'espionnent tous les deux et veulent me faire la peau.* » Où est la vérité ? L'histoire apprit au thérapeute que la fiancée de son patient avait effectivement eu une aventure avec le frère du patient, ce qui s'est avéré être un facteur déclenchant de cet épisode délirant aigu.

Il est donc possible parfois de voir la réalité du patient atteint de psychose comme il l'entend. Mais la prudence doit être de mise. **Notre action thérapeutique n'est pas d'adhérer au délire: en d'autres termes « comprendre » n'est pas « approuver ».** Mais en y réfléchissant bien, ce qui est valable pour les personnes souffrant de troubles psychotiques est aussi valable pour les névrosés en proie à leurs conflits conjugaux ou familiaux, leur vision narcissique de leur relation à l'autre, leurs escalades symétriques avec leurs enfants ou leurs parents ou encore leur conjoint. Mais quel psychiatre ou psychologue digne de ce nom est allé casser la figure au mari infidèle ou aux ados impertinents quand on connaît l'interaction permanente entre les êtres ? L'empathie n'est pas la sympathie et notre distance thérapeutique est indispensable pour aider le patient à bénéficier d'une autre vision de la réalité. Toutefois, la distance n'est pas l'éloignement, le rejet ou l'abandon. Lorsque nous sommes en relation thérapeutique avec un patient halluciné, il est clair que la persuasion directe et l'escalade symétrique sont inutiles

voire délétères. Et c'est finalement toujours lui qui perd et risque de sombrer dans le suicide, le délire, etc. Reconnaître, accepter et utiliser sont de bien meilleurs outils thérapeutiques que la relation d'un thérapeute « docte et puissant » face à un patient « affaibli et ignare ». C'est le thérapeute qui ne sait rien et doit se placer en « position basse » face à l'expertise du sujet faisant l'expérience d'hallucinations récurrentes.

L'environnement, une autre ressource thérapeutique

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. Entre les plus militants d'entre nous qui 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 (authentique), et les plus réactionnaires qui considèrent encore qu'un patient bipolaire stabilisé depuis quinze ans est une personne souffrant de psychose (psychose maniaque-dépressive) incapable de se réinsérer, il n'y a dans ces deux visions que celle des thérapeutes mais **jamais celle du patient**, de sa **famille**, de leurs **ressources** mais aussi de leurs **limitations** et du respect de leurs limitations.

Par ailleurs, la famille fait partie de la solution et non du problème. C'est une phrase intéressante lorsqu'on travaille avec un patient souffrant d'hallucinations.

Vignette clinique

L'hallucination dans son contexte

Monsieur Z. est un patient âgé de 50 ans, professeur d'histoire, hospitalisé depuis plusieurs mois pour mélancolie délirante : sa maison était en train de pourrir depuis plusieurs mois, la pourriture venait des fondations, avait gagné tous les murs. Des odeurs nauséabondes s'en dégageaient et la pourriture commençait à atteindre le jardin et les arbres qui changeaient de couleur. Dans les différents entretiens et malgré un traitement bien conduit (benzodiazépines, antipsychotiques et électroconvulsivothérapie), le patient restait dans cette dépression mélancolique. Il expliquait avec minutie et précision, schéma à l'appui, le phénomène de contamination. Il lui était devenu totalement impossible de rentrer chez lui et la situation semblait bloquée. L'hospitalisation se prolongeait...

Au-delà des propos hallucinatoires et négatifs, ce qui bloquait le plus le dialogue, était la conviction inébranlable de ses idées délirantes et sa vive opposition à toute personne mettant en doute ses dires. Toutes les tentatives (antipsychotiques, antidépresseurs, électroconvulsivothérapie) pour « vaincre le symptôme » s'étant révélées inefficaces, nous prenons l'option avec les ▷

- ▷ infirmières du service de « parler le langage du patient ». Le problème n'était plus alors de convaincre Monsieur Z. que ses perceptions étaient le fruit de manifestations hallucinatoires ou de son imagination. Notre problème était d'entendre le ressenti de notre patient, de le comprendre et de l'accepter. En prenant ce point de vue, nous en sommes rapidement arrivés avec le patient à la conclusion que le problème résidait aussi dans le fait que ces idées délirantes « enfermaient » depuis plusieurs mois le patient à l'hôpital aux dépens de sa vie familiale et sociale.

Le « contrat d'hospitalisation » fut renégocié, l'objectif devenant d'aider le patient à regagner son domicile, dans les meilleures conditions possibles. N'ayant pas d'idées suicidaires persistantes et ayant focalisé son symptôme sur ce point, il lui serait alors possible de poursuivre une thérapie en consultation ambulatoire. Il était donc important de rencontrer la famille du patient pour trouver la solution la plus adaptée.

L'épouse de Monsieur Z. accepta (non sans difficulté) de nous rencontrer en présence de son mari. Son fils ne put être présent. Madame semblait très pessimiste et « démissionnaire », jugeant le retour à domicile de son mari trop difficile pour elle, pour leur fils de 18 ans, comme pour le patient. Car en réalité (merci de son honnêteté), elle nous « avoua » qu'elle et son fils avaient enfin retrouvé un certain équilibre, que le retour de Monsieur Z. aurait pu perturber (bien sûr... « tant qu'il n'était pas totalement guéri »).

Cet entretien familial mettait en évidence la problématique de la place de Monsieur Z. dans sa famille et les difficultés qu'il aurait à reprendre son rôle de père et de mari. Son fils devenant adulte, nous apprenions qu'il avait toujours eu une place très privilégiée dans la famille, entretenait des relations très « fusionnelles » avec sa mère. L'hospitalisation du patient renforçait les liens existants entre mère et fils (pourtant en âge de quitter le domicile familial).

À la fin de la consultation, nous demandions à Monsieur Z. ses impressions. Très vite, il nous disait prendre conscience que son hospitalisation arrangeait tout le monde sauf lui, qu'elle permettait à sa femme de garder son fils proche d'elle et qu'elle laissait à son fils la liberté de prendre sa place. Il était dorénavant confronté au choix de rester encore quelques mois à l'hôpital et de se sacrifier pour sa femme et son fils, ou de reprendre sa place à la maison et au sein de sa famille, malgré les odeurs de pourriture qui émanaient de celle-ci. Le lendemain de l'entretien, le patient demanda sa sortie. Eu égard aux propos de sa femme et à la fragilité du patient, une permission fut alors négociée. Celle-ci se déroula sans grande difficulté. Quelques jours plus tard, il quitta définitivement le service avec un suivi psychiatrique ambulatoire et sa femme venait aux consultations.

Dans cet exemple, nous n'avons pas à proprement parler des hallucinations, mais elles étaient un phénomène bloquant pour travailler et cela risquait de nous faire tourner en boucle. Nous avons tenu compte de l'environnement dans lequel les hallucinations apparaissaient et prenaient sens. Nous sommes incapables de déterminer leur sens caché — ou cette vérité dont parlait le Pr Tignol. Toutefois, nous avons changé notre attitude thérapeutique en croyant le ressenti du patient. Nous n'avons pas cru son

délires, nous avons cru à son ressenti. Nous ne sommes pas d'accord avec sa perception de la réalité, puisque nous en avons une autre. Mais nous pouvons être d'accord sur le fait que sa réalité le fait souffrir. Pouvons-nous admettre qu'une odeur agréable pour nous soit nauséabonde pour l'autre ? Lorsqu'un(e) ami(e) vient avec un nouveau parfum qu'il (elle) trouve très bon alors que vous le détestez. Est-il (elle) psychotique pour autant parce qu'il (elle) n'a pas les mêmes goûts ? En tout cas, il est bien difficile de faire changer l'autre sur ses goûts.

Finalement, en termes d'abord thérapeutique, la différence entre psychose et névrose n'est pas tant que l'un voit des choses que l'autre ne voit pas, que l'un croit à des choses auxquelles l'autre ne croit pas. Tout le monde croit à quelque chose (même l'athée finalement) et tout le monde a un point de vue différent de l'autre. Ce n'est pas non plus que l'un soit interprétatif et l'autre ne le soit pas..., puisque tout le monde interprète le monde, les faits et gestes des uns et des autres — d'ailleurs, en tant qu'ancien thérapeute interprétatif, nous avons supprimé de notre répertoire : « Moi je pense que ce patient fait ceci ou cela parce que... » au profit de « Le patient m'a dit que... ». Non : en termes thérapeutiques, en termes communicationnels, en termes interactionnels, la différence entre psychose et névrose est en grande partie liée à la rigidité psychologique, voire la rigidité cognitive qui est associée au syndrome psychotique. Lorsque l'on discute entre « amis névrosés », même si l'autre ne change pas d'avis, il entend que notre point de vue est différent du sien. Comme nous, il cherche la vérité, il ne l'a pas intrinsèquement par intuition, hallucination ou délire. Et même s'il est convaincu d'avoir raison (en dehors de toute mauvaise foi), si nous lui démontrons le contraire avec des preuves, il ne cherchera pas à rationaliser notre démonstration à l'avantage de ses convictions. Il peut remettre en cause son point de vue. Et même si après notre démonstration, il garde son point de vue, il aura quand même entendu le nôtre.

Est-ce parce que les hallucinations sont trop puissantes ou est-ce en raison d'une rigidité cognitive constitutionnelle (ou transitoire) ? Toujours est-il que la personne souffrant d'un trouble psychotique a beaucoup de mal en revanche à être convaincu de ses erreurs, de ses différences. En effet, il a souvent LA VÉRITÉ. Il a raison et ne peut pas changer facilement d'avis parce qu'il a changé la réalité pour « éviter » l'angoisse. Difficile, donc, de se remettre en cause... Et pourtant.

Il existe une scène tout à fait intéressante à ce propos dans le film *Un homme d'exception* de Ron Howard qui raconte l'histoire de John Nash, ce grand mathématicien, prix Nobel d'économie, atteint de schizophrénie. Dans une scène — dont on dit qu'elle a été romancée —, il a été violent vis-à-vis de sa femme. En apparence seulement car, en réalité, il voulait la protéger. Conscient que cette violence va à nouveau le conduire à l'hôpital et lui faire perdre sa femme, il se précipite vers elle alors qu'elle s'enfuit pour

lui dire qu'il a compris qu'il délire parce que la petite fille qu'il hallucine depuis des années ne grandit pas. C'est donc par sa propre logique qu'il conclut à la récurrence de son état délirant. En effet, depuis le temps qu'il a ses hallucinations, la petite fille ne grandit pas, son ami ne vieillit pas, l'agent du FBI a toujours le même costume. Quel psychiatre aurait pu y penser ? Et même si un psychiatre y avait pensé, aurait-il pu convaincre ce patient à partir de ce fait ?

Alors, comment convaincre les convaincus ? Ou comment vendre un autre point de vue

« Il est toujours difficile de renoncer aux idées qui ont guidé nos actions, notre pensée durant de nombreuses années. ^[1] » En effet, changer n'est pas facile. Tout d'abord à titre personnel, changer est incertain. Changer suppose d'abandonner l'équilibre précaire dans lequel nous nous trouvons, c'est-à-dire quitter la rassurante illusion du mensonge et la sécurité de l'habitude pour aller vers une situation que nous ne connaissons pas. Le sujet qui est dans une situation chronique et répétitive préfère souvent la souffrance, parce qu'elle est connue, qu'une situation potentielle d'amélioration parce qu'elle est inconnue et qu'elle lui fait peur. Il est parfois nécessaire au thérapeute d'apprendre au patient qu'une vérité douloureuse est meilleure qu'une rassurante illusion.

Ensuite, changer n'est pas facile parce que changer implique aussi de déranger le système (l'environnement) qui aura paradoxalement tendance à se défendre. En effet, arrêter un comportement de fou, c'est aussi changer le système familial et environnemental. Si ce changement oblige celui qui a quitté ses rôles (sociaux et familiaux) à les reprendre, il oblige aussi l'entourage à réapprendre à vivre avec le convalescent. L'entourage s'est organisé en fonction de la maladie. Lui laisser reprendre les rôles qu'il a abandonnés ne pourra pas se faire sans une mise à plat des conflits voire une réparation des conséquences.

Vignette clinique

La famille fait partie de la solution, pas du problème

Jo a fait une bouffée délirante aiguë. Elle a raconté n'importe quoi pendant une semaine. Ses parents l'ont fait hospitaliser sans son consentement. Cette décision fut extrêmement difficile pour tout le monde. Après trois semaines d'hospitalisation, elle va mieux. Sa première permission est une catastrophe, elle rentre en larmes. Personne ne la comprend. À chaque fois qu'elle parle, elle voit le visage de ses parents se crispier, ses frères ne l'écoutent pas, sa meilleure amie n'est pas venue la voir. Le lendemain, elle reprend certains propos délirants. Je la reçois en entretien et constate effectivement une recrudescence délirante. Ne pouvant expliquer cette « rechute » par un défaut du traitement ▷

- ▷ antipsychotique, je cherche à travailler avec l'environnement. Nous avons un entretien avec ses parents le soir même. Ils sont angoissés, inquiets mais aussi déçus. Elle, si brillante, ne leur a parlé que du dernier atelier thérapeutique et de la sortie à la mer. Ils ne la retrouvaient pas dans ses propos. Je présente mes excuses aux parents en leur disant que j'aurais dû les prévenir que trois semaines à l'hôpital n'était pas un moment très valorisant sur le plan intellectuel. J'aurais dû les prévenir que cela prend plus de temps qu'une grippe. Et en plus les traitements ralentissent sa pensée. J'explique ce qu'est la bouffée délirante aiguë, ses différents modes d'évolution. Je prends le risque de faire venir Jo à l'entretien (alors qu'elle « re-délire »). Je ne la laisse pas parler (« stratégie ») et je lui présente également mes excuses. J'aurais dû lui expliquer cet épisode délirant et ses conséquences personnelles, professionnelles, familiales et environnementales. Je ne l'ai pas comprise, ni elle, ni son entourage. On ne reprend pas tout depuis le début, mais on laisse la place à la convalescence. Après un moment de silence, sa mère prend la parole et lui explique qu'elle attendait trop d'elle, c'est une pression qu'elle ne souhaite plus lui imposer et lui fait comprendre qu'elle a compris qu'il lui fallait plus de temps. Dans un premier temps, elle ne pourra pas s'empêcher de la surveiller, mais que cela devait la rassurer plus que l'inquiéter.

Alors, comment convaincre un convaincu sinon avec ses propres outils de conviction ? On ne change en général que pour deux raisons :

- soit parce qu'on y est contraint ;
- soit parce qu'on en est convaincu.

Si l'idée du changement ne vient pas de nous-même, nous n'aurons aucune chance de pouvoir évoquer d'autres points de vue.

Un vendeur sait cela (nous l'avons vu), mais un adolescent aussi. Dans l'exemple qui suit, un adolescent veut emprunter la voiture de ces parents pour sortir le soir. Il sait parfaitement que s'il la demande (même très gentiment) sans les arguments qui conviennent à ses parents, il n'aura rien. Avec des parents plus inquiets de l'ivresse des copains que de celle de leur propre enfant, ce n'est pas au nom de son propre risque d'ivresse ou du fait que les rues ne sont pas sûres qu'il obtiendra la voiture.

Exemples

L'inconscient n'entend pas le négatif (illustration à partir de deux versions de la même demande)

Cas n° 1 : l'ado-mauvais-vendeur

- Ado : « Papa, pour la soirée chez XX, tu me prêtes la voiture ce soir s'il te plaît ? Je te promets que je ne boirai pas. »
- Papa : « Tu ne peux pas plutôt prendre le tramway ? Ça me rassurerait. »
- Maman : « Oui, Papa a raison, c'est plus prudent que tu prennes le tramway et que tu dormes sur place. »
- Ado : « Mais Maman, on ne peut pas dormir sur place ! »



- ▷ – Maman : « *Je ne comprends pas. Moi, de mon temps, on s'arrangeait. On n'avait pas de voiture. On dormait sur place.* »
 – Ado [coincé] : « *"Moi, de mon temps"... Mais ça a changé depuis. De toute façon, avec vous, c'est toujours la même chose ! On ne peut jamais rien faire...* »

Cas n° 2 : l'ado-bon-vendeur

– Ado : « *Tu te souviens que je sors ce soir ?* »

– Papa : « *Oui, tu vas chez XX.* »

– Ado : « *Oui, oui.* »

– Ado : [silence]...

[Le silence oblige l'autre à parler.]

– Papa : « *Comment y vas-tu ?* »

– Ado : « *Ne t'inquiète pas, j'y vais en tramway et c'est YY qui me ramène. Il ne boira pas.* »

– Maman : « *YY ? mais il a déjà eu un accident lui !* »

– Papa : « *Maman a raison, le mieux c'est que tu dormes sur place.* »

– Ado : « *Mais c'est une salle. Elle ferme à 4 h du mat.* »

...

– Ado : « *Bon, ne vous inquiétez pas... c'est pas grave. Ne vous inquiétez pas. Je rentrerai à pied. Ce n'est pas la mort. Il n'y a pas loin à aller. Ça fait une heure à pied.* »

– Maman : « *Tu ne vas pas rentrer à pied ! en hiver ! à 4 h du matin !* »

– Ado : « *Maman, je fais des marches plus difficiles en colo avec les petits de 6^e. Ne t'inquiète pas... je gère.* »

– Maman : « *Oui mais c'est le jour. Et là, c'est la nuit ! Et puis les rues ne sont pas sûres !* »

– Ado : « *T'inquiète pas, Maman, je ne suis plus un bébé.* »

– Maman : « *Et pourquoi Papa ne te prêterait pas la voiture ? Nous on ne sort pas.* »

– Papa : « *Maman a raison. Tu nous envoies un texto quand tu es arrivé et un texto quand tu es rentré. Et tu ne bois rien.* »

– Ado : « *Je serai à jeun, comptez sur moi. Merci Maman. Merci Papa.* »

Erickson dans ses leçons d'hypnose nous apprend que l'inconscient n'entend pas le négatif. Reprenons le court dialogue présenté plus haut. En gras, nous inscrivons ci-dessous ce qui est vraiment entendu par l'interlocuteur à qui on demande quelque chose qui l'implique émotionnellement :

– Ado : « *Tu te souviens que je **sors ce soir** ?* »

– Papa : « *Oui, tu vas chez XX.* »

– Ado : « ***Oui, oui.*** »

– Papa : « *Comment y vas-tu ?* »

– Ado : « *Ne t'**inquiète** pas, j'y vais en tram et c'est **YY** qui **me ramène**. Il ne **boira** pas.* »

– Maman : « *YY ? mais il a déjà eu un accident lui !* »

– Papa : « *Maman a raison, le mieux c'est que tu dormes sur place.* »

▷

- ▷ – Ado : « *Mais c'est une salle. Elle ferme à 4 h du mat.* »
- Ado : « *Bon, ne vous **inquiétez** pas... c'est pas **grave**. Ne vous **inquiétez** pas. Je rentrerai à pied. Ce n'est pas la **mort**. Il n'y a pas **loin** à aller. Ça fait une heure à pied.* »
- Maman : « *Tu ne vas pas rentrer à pied ! en hiver ! à 4 h du matin !* »
- Ado : « *Maman, je fais des **marches plus difficiles** en colo avec les petits de 6^e.* »
- Maman : « *Oui mais c'est le jour. Et là, c'est la nuit ! Et puis les rues ne sont pas sûres !* »
- Ado : « *T'**inquiète** pas Maman, je ne suis plus un **bébé**.* »
- Maman : « *Et pourquoi Papa ne te prêterait pas la voiture ? Nous on ne sort pas.* »
- Papa : « *Maman a raison. Tu nous envoies un texto quand tu es arrivé et un texto quand tu es rentré. Et tu ne bois rien.* »
- Ado : « *Je serai à **jeun, comptez sur moi**. Merci Maman. Merci Papa.* »
- Concernant la dernière phrase, il aurait même pu dire « je ne **boirai** pas une **goutte** », tellement il a rassuré ses parents parce qu'il assume ses sorties. Boire une goutte n'est rien dans cette famille, car c'est l'autre qui est dangereux. Donc pour qu'il soit indépendant et en sécurité, autant qu'il le fasse lui-même. Ainsi, l'idée vient des parents, ils sont donc plus convaincus que s'il essayait de les convaincre avec ses propres arguments.

Aux urgences, un patient angoissé et halluciné n'est pas non plus capable d'entendre le négatif face à des phrases aussi percutantes que « *Ne vous énervez pas, nous ne vous **voulons** aucun **mal*** », « *N'ayez pas **peur*** », « *Ne nous forcez pas à vous **contenir*** ».

Quand il faut agir, on peut le faire plus sereinement et proposer d'autres termes, même abruptes, qui seront plus rassurants. Ainsi, « *Vous pouvez vous **calmer** afin que je **comprenne** ce qu'il vous arrive* », s'il le faut on peut dire « *Nous allons vous **contenir*** », « ***Tranquillisez-vous*** », « *Allons nous **asseoir sereinement*** ».

Je suis appelé un jour pour une personne « jugée » psychotique qui casse tout aux urgences. Accompagné d'un infirmier, je vois un homme qui donne des coups dans la machine à café ; l'infirmier reste en retrait mais proche : « *Je vois que vous êtes **énervé**.* » [reconnaissance]. « *Je ne sais pas pourquoi, mais peut-être puis-je faire quelque chose pour vous **aider**?* » [accepter]. « *Si c'est cette machine qui vous pose problème, il faut taper plus fort* » [augmenter], « *... mais peut-être est-ce **autre chose** ?* » [ignorance... : il va falloir m'expliquer]. Il attendait des nouvelles de sa fille renversée par une voiture. Toutes les personnes interrogées ne lui répondaient pas ou mal ou imprécisément. Après s'être énervé aux urgences, il était parti casser cette machine à café avant de revenir pour avoir une franche explication. « *Je ne sais pas si je vais **réussir*** » [position basse], « *... mais je vais tout faire pour me renseigner et vous donner les informations que vous voulez.* » J'ai pu joindre le responsable des

urgences, qui lui a donné des informations peu rassurantes, mais cohérentes et lui a dit que ce serait long avant de pouvoir lui répondre. Cinq heures plus tard, il a pu rencontrer longuement le chirurgien en ma présence. Les nouvelles n'étaient pas bonnes, mais il était parfaitement informé. Et pas du tout psychotique par ailleurs (encore un jugement de valeur erroné lié au comportement). Dès l'instant que vous êtes en interaction avec un sujet, la façon dont vous communiquez conditionne l'étape suivante dans la communication.

Aparté : la place de la contrainte dans la thérapie avec un patient souffrant de psychose

En France, les hospitalisations sans consentement sont de deux ordres : soit un tiers (un proche le plus souvent) soit l'État (les forces de l'ordre) demande à un médecin de certifier qu'un individu en raison de son trouble mental doit être hospitalisé. Ce sont respectivement les soins à la demande d'un tiers (SDT) ou les soins à la demande d'un représentant de l'État (SDRE). Ainsi, en France, concernant les hospitalisations sans consentement, ce sont l'absence de demande d'aide (absence de consentement) et le comportement perturbé (ou perturbant) d'un sujet qui sont au cœur des motifs d'hospitalisation. Même s'il est sous-tendu par une pathologie, c'est le comportement qui prime. Un premier levier dont nous reparlerons plus tard.

Mais avant d'envisager d'utiliser un quelconque levier, force est de constater que nous sommes à nouveau dans une situation de soins contraints confrontés au paradoxe du thérapeute qui se retrouve coincé entre l'aide et le contrôle. Le médecin requis ou signataire de l'hospitalisation n'est pas le thérapeute du patient, il en est l'expert. Il donne un avis d'expert (évidemment pour le bien du patient) qui confirme la nécessité des soins sans consentement ; alors que le thérapeute qui reçoit le patient en soins obligés se retrouve face à des patients qui ne demandent rien, voire qui refusent activement les soins. Et la question devient : comment aider des sujets qui ne le demandent pas ?

Au travers de quelques questions, nous proposons de voir 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 l'est par définition.

Qui demande ?

Souvent exprimée en termes interactionnels (« qui a fait quoi à qui ? »), cette question doit être très clairement définie dans le cadre de la contrainte

avant d'envisager une quelconque action thérapeutique. Et sans oublier qu'au moment le plus aigu du tableau psychotique, les troubles confusionnels obligent d'abord à contenir l'angoisse, il faudra bien 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. En d'autres termes, il va passer de l'agitation stérile face à une porte fermée à la question de savoir en quoi son comportement renforce son enfermement et quelle est la nature de ce comportement qui l'a conduit aux soins contraints.

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. On peut répondre à « *Mes parents sont des espions qui veulent me tuer* » par « *Ici, à l'hôpital vous sentez-vous protégé ?* », puis : « *Vous avez eu tel comportement dans la rue [violence, agression...], 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 contestera ce seront les raisons. La recherche de l'alliance ne doit se faire que sur des faits, pas sur des hallucinations ou des idées délirantes (des commentaires), ni sur des jugements de valeur (« il est fou », « il est psychopathe », etc.). Nous devons communiquer avec le patient au nom des faits.

En TSB plus que dans tout autre courant de thérapie, nous devons savoir « qui demande ? » et « que demande-t-il ? ». Et si nous pensions que le thérapeute était pris entre deux feux (aider le patient ou respecter la loi), en fait le thérapeute 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 ?

L'État ne peut être considéré comme demandeur à titre personnel. C'est donc l'arrêté d'hospitalisation et le certificat médical initial qui serviront d'éléments factuels. Le certificat initial n'a pas de diagnostic, il ne rapporte que des faits cliniques. En revanche, dans le cas d'un soin à la demande d'un tiers, il est fondamental que ce tiers demandeur soit un proche, car l'intervention thérapeutique ne commence pas seulement en hospitalisation, mais bien avant, au moment où se joue la crise. 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, 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 de décision, que ses motivations sont différentes de celles des demandeurs et que ce seront les demandeurs qui auront le dernier mot.

Ainsi, le thérapeute lui, ne demande rien. Il est au service des demandeurs et au service des non-demandeurs. Est-il vraiment dans un double

lien ? 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 « méta-position ») de cette interaction qu'il doit regarder tel un anthropologue. Il ne doit donc pas être à l'origine de la demande, ne devant être concerné que par la façon d'amener un changement au sein du problème visé par la mesure.

Ceci étant posé, il est donc important que le patient sache ce qui lui est « reproché » et ce qu'on attend de lui. D'où l'importance de travailler avec les demandeurs (ou leur symbolique). Mais n'oublions pas que la famille est apeurée (ou en colère ou épuisée). En tout cas, elle n'est pas insensible à une telle hospitalisation, souvent réalisée avec difficulté. Le patient n'y consentant pas, il n'est pas rare qu'il y ait eu de la violence. Il arrive même parfois que ce soit le corps médical qui a convaincu la famille du bien-fondé de l'hospitalisation (tellement elle a peur ou se sent coupable). Les familles sont donc souvent hésitantes à venir travailler dans ces circonstances. Cette souffrance devra être évoquée, expliquée et travaillée ; la demande devra être précisée voire reprécisée dans le temps, de même que les objectifs de chacun concernant les soins sans consentement.

Quel est le problème ?

Une fois cette étape franchie, nous avons enfin clarifié le fait que la famille est demandeuse de soins pour son proche et sait exactement ce qui se passe pour le patient. « *Il est fou, je ne veux plus le voir* » devient, après 48 heures de rencontre, de calme, d'explication et d'apaisement : « *Notre fils est atteint de schizophrénie. C'est son attitude agressive, ses propos délirants et ses fugues qui nous ont fait demander l'hospitalisation.* » Au premier entretien familial, la famille sera moins déstabilisée par le déni du patient qui déclare souvent que « *c'est son droit, qu'il est un original, que c'est sa liberté et qu'il n'est pas schizophrène.* »

Enfin, nous pouvons travailler les problèmes et permettre à chacun de s'exprimer : 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 façon adaptée (c'est-à-dire avec l'assentiment de ses parents). 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 adaptée au standard familial, tout en tenant compte de sa fragilité psychologique. Mais le thérapeute n'est pas un conseiller familial, car le patient est quand même atteint d'une maladie. Alors le thérapeute doit aussi être docte : il sait et doit transmettre son savoir (la maladie, le fonctionnement des familles, l'ambivalence du patient rendant difficile sa prise

d'indépendance). Mais le thérapeute est aussi un 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. Le thérapeute est donc un négociateur savant et ignare qui doit être indifférent à l'issue des négociations.

En TSB, 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 [13]. 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 reproché ? Qu'attendent le tiers ou la société de lui ?

Vignette clinique

Correctement identifier le problème en dissociant les faits des commentaires

Alex a 22 ans ; nous sommes 24 heures après son admission dans le service, la phase de négociation commence : il est en colère. Point positif : il connaît l'équipe, il connaît sa maladie, la schizophrénie — nous l'avions évoquée lors de deux hospitalisations précédentes. Il accepte de se calmer et de me parler pour « négocier » (ce sont ses termes). Alors, négociations.

Qui demande ? Sa mère.

Quel est le problème ? Il 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), les commentaires étant ceux de sa mère qui lui a dit qu'il faisait une crise de schizophrénie.

– Alex : « *Elle ne m'a pas laissé m'expliquer.* »

– Thérapeute : « *Malgré la porte cassée ? Pourtant, c'est une bonne méthode pour entamer le dialogue.* »

– Alex : « *Ouais, c'était pas malin.* »

– Thérapeute : « *C'est sûr, il y a mieux pour s'expliquer.* »

– Alex : « *Oui mais je prends mon traitement ! Et j'ai bien le droit d'être en colère.* »

– Thérapeute : « *Oui vous avez bien le droit d'être en colère... et le problème semble plus lié à la porte cassée.* »

– Alex : « *Ouais... mais quand même, je n'entends plus de voix, je ne tape pas de délire, je ne psychote pas. J'ai même arrêté les joints. Je voulais juste lui parler, mais c'est toujours la même chose avec elle, elle ne m'écoute pas.* »

[Merci à Maman d'avoir parlé de schizophrénie : loin d'être péjoratif, cela a permis à Alex de reconnaître ses troubles et de les critiquer.]

– Thérapeute : « *Donc nous ne sommes pas face à une crise de schizophrénie, mais face à une crise de colère ? C'est cela ?* »

– Alex : « *Oui, c'est cela.* »

– Thérapeute : « *Donc finalement, le problème est plus d'exprimer votre désaccord autrement qu'en cassant des portes et, si je puis me permettre, d'arrêter de passer pour... un fou ? C'est cela ?* »



- ▷ – Alex : « *C'est ça, le problème c'est qu'à chaque fois que je ne suis pas d'accord, ça me met en colère et je casse tout.* »
 – Thérapeute : « *À chaque fois ? Vous ne risquez pas d'avoir le dernier mot.* »
 – Alex : « *C'est sûr.* »
 – Thérapeute : « *Et quel était l'objet de votre dispute ?* »

Alex veut une chambre d'étudiant. Il est en deuxième année de faculté, il est brillant mais... la maladie a rendu ses études aléatoires et ses parents méfiants de tout nouveau projet. Et ils ne savent pas pour les joints. L'entretien se poursuit et alex reconnaît que son geste de violence était inadapté. Nous l'aidons à comprendre que sa mère aura le dernier mot (c'est lui le « fou »). Mais nous lui faisons comprendre aussi que sa mère n'aura pas le dernier mot parce qu'il est malade. Être fou n'est pas une raison suffisante pour tout casser, ce n'est pas non plus une raison suffisante pour avoir toujours tort.

Je lui propose donc de rencontrer ses parents sans lui pour leur expliquer qu'il est hospitalisé pour « porte cassée » et non pour crise aiguë de schizophrénie. Et j'aborde l'idée générale que les casseurs de porte (fous ou délinquants) doivent faire amende honorable (excuses et réparation).

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 partir de la maison. Car c'est l'ambivalence qui entraîne les comportements inadaptés ici : je veux mon indépendance, mais je montre bien mon incapacité à la prendre.

Avant l'entretien familial, je rencontre la mère et le père. La mère est très en colère (elle aussi). J'évoque la colère. Elle me répond schizophrénie. Je reconnais que la schizophrénie est son principal problème, qu'elle attribue tous ses comportements à celle-ci. Même lorsqu'il est calme ? Et non. Même lorsqu'il va en fac ? Et non. La schizophrénie ne l'aide pas à travailler. Alors pourquoi serait-elle la seule en cause dans la colère. D'une manière générale, les parents se sentent toujours coupables des erreurs ou des souffrances de leurs enfants, mais rarement des succès... étonnamment. Je n'ai que très rarement entendu un parent dire : « *grâce à mon alcoolisme et ma violence, mes enfants ont fait de brillantes études* ».

Entretien familial

C'est Maman qui parle : « *schizophrénie* », « *violence* », « *intolérable* », « *ne pas recommencer* ».

Alex est calme. Il s'y attendait. Il s'excuse. Maman reste sans voix.

- Thérapeute : « *Depuis quand les fous s'excusent ?* »

Avec logique et bon sens, le thérapeute reconnaît le bien-fondé de la colère de Maman et le bien-fondé de la colère d'Alex. Et il rappelle à chacun certaines règles de fonctionnement en communauté et la fragilité des intervenants — la schizophrénie d'Alex, la tristesse de Maman qui vit le deuil de son enfant malade. Papa ne dira rien, sinon qu'il est d'accord avec Maman. La dernière hospitalisation, Alex s'en était pris à lui. On peut comprendre qu'il se taise désormais.

Chacun expose son point de vue au thérapeute (pas directement mais par le biais du thérapeute). Alex a fait une liste d'excuses (pour les violences passées) ▷

- ▷ et une liste de réparations. Il n'a pas eu sa chambre d'étudiant, mais il a eu par la suite d'autres aménagements qui lui ont permis de prendre son indépendance. Et même si la maladie était toujours là, il n'a plus été hospitalisé sans son consentement.

C'est donc au thérapeute de faire préciser la nature du problème par chacun. Il pose le cadre de la demande. Dans tout conflit, il y a les faits et les commentaires. Les faits sont ce qui est observable. Les commentaires sont les raisons que nous attribuons au comportement de l'autre, des jugements de valeur bien délétères pour le travail. Dès l'instant que l'on a défini les « reproches » factuels, le thérapeute n'est plus un agent de coercition, mais un relayeur de sens. Il n'est plus disqualifié en tant qu'aidant. Une fois le problème défini, il pourra proposer ses services au patient afin de l'aider à satisfaire aux exigences demandées. Le problème d'Alex était de prendre son indépendance — ce qui est déjà difficile en soi — ; le problème de ses parents est qu'il est malade ; le problème du thérapeute est de faire comprendre à chacun qu'ils ont tous raison.

Accepter, refuser, négocier

La triangulation du problème est en route dans une vision concrète et pragmatique. Le soignant permet à chacun de se positionner par rapport au problème. Il n'est pas le porteur de la sanction sociale, il fait clarifier la demande de chacun. Son offre d'aide n'est plus indépendante mais en rapport avec les objectifs précisés. Sa mission devient donc d'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 ^[11]. 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 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 types de possibilités.

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 contrainte.

Le refus de se soumettre à la mesure de contrainte

Le soignant 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.

La modification de la demande initiale par la négociation qui agréé davantage le patient

Ainsi, une contrainte n'est plus indispensable et le patient éclairé sur son trouble peut demander les soins. C'est ce qu'Alex 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 du contexte et de la réalité. La clarification du problème, la médiation puis la négociation qui en découlent pourront toujours par la suite laisser le champ libre au thérapeute pour créer des espaces moins marqués par le champ de la contrainte et où pourront être conclus avec le patient des contrats en dehors des attentes des demandeurs de l'hospitalisation sous contrainte.

Critiques et limites

La TSB ne fonctionne pas mieux que les autres psychothérapies, mais elle rate plus vite. Ce n'est pas qu'une boutade ou qu'un slogan, c'est un message d'alerte ! Avoir un esprit bref et systémique dans sa pratique, c'est arrêter plus vite que les autres les solutions qui ne fonctionnent pas pour le bien des patients. Nous ne prétendons pas que cette vision est meilleure qu'une autre. Ce n'est qu'une vision du problème que nous ajoutons à la boîte à outils du thérapeute. Elle n'exclut en rien les autres courants de thérapie ou encore la neurobiologie et l'importance des traitements antipsychotiques, et, si on trouvait demain un nouveau traitement encore plus efficace et avec moins d'effets secondaires..., un thérapeute bref le prescrirait.

« *Vous entrez dans le délire du patient halluciné* », pourrait-on nous opposer. Non, nous ne rentrons pas dans le délire, car nous n'y croyons pas. Pas plus que nous ne croyons à la vision d'un névrosé qui préfère rester bloqué dans un embouteillage sur l'autoroute plutôt que d'aller flâner sur les petites routes pour ne pas s'énervier et rouler sereinement. Car celui qui reste sur l'autoroute a une bonne raison de le faire : il a peur de se perdre, il n'aime pas être seul, il veut trouver de l'essence 24 heures/24... qui sait ? Mais s'il veut que cela change, c'est au nom de ses valeurs que nous reconnaissons et que nous acceptons — c'est-à-dire que nous comprenons dans le cadre de la thérapie —, que nous allons utiliser ses valeurs pour l'aider à changer. Le patient souffrant de psychose a vraiment une vision douloureuse de ses hallucinations (qu'il y adhère ou non), qu'il les appelle des obsessions, des tics, des visions, des ennemis. Nous ne faisons rien de plus que de reprendre ses propos pour

entrer en communication avec lui et chercher en quoi ce qui lui arrive est un problème.

Vignette clinique

Une attitude empathique avant tout

Une patiente dissociée lors d'un premier entretien était incapable de définir sa demande. Et je ne comprenais rien à son discours. J'ai arrêté de lui demander de m'expliquer précisément pour que je comprenne bien. Pour la rassurer, je lui ai dit que ce n'était pas grave d'être dans ce flou et je lui ai demandé si ce n'était pas justement ce flou, cette fuite des idées, ce « fading » qui était son problème. Se sentant comprise, elle me demande en larmes de l'aider parce qu'elle est perdue. Quelques jours au centre d'accueil et de crise l'ont apaisée (manger, dormir, se sentir protégée). L'anxiolytique lui permet enfin d'exprimer ses idées délirantes et nous avons pu lui proposer un traitement antipsychotique qu'elle était en réalité en train de nous demander.

Une patiente atteinte de trouble psychotique qui avait beaucoup travaillé sur sa situation personnelle, qui acceptait son trouble schizophrénique comme une maladie et se traitait bien pour cela, recommençait à fréquenter un dealer du quartier. La voyant arriver avec lui en salle d'attente, je ne pus m'empêcher de réprimer une grimace (d'inquiétude). Un collègue qui était à mes côtés me dit alors : « *Arrête de montrer tes sentiments, on voit ce que tu penses.* » Ce fut un déclic de plus. Heureusement qu'on peut voir ce que je pense ! Il n'est pas question que je cache mon inquiétude à cette jeune femme de 18 ans quand je sais combien le THC a été délétère auparavant sur sa psychose et les risques qu'elle prendrait à en consommer à nouveau alors qu'elle montait elle-même un projet soins-études. Elle fut rassurée de me voir inquiet attendant finalement une position quasi parentale de ma part. Et pour la rassurer encore plus, je ne manquai pas de lui donner des règles de conduite pour ne pas mettre en péril son projet. Elle a évoqué cette consultation quelques années après m'indiquant combien ce fut bénéfique.

Philippe Jeammet, psychiatre pour enfant et adolescent, spécialiste de l'anorexie mentale, nous racontait lors d'une conférence, une anecdote concernant une jeune étudiante anorexique très affaiblie. Tout au long du trajet avec sa mère pour aller à la consultation, elle refusait de lui donner son sac à dos très lourd que sa mère lui demandait sans cesse de lui donner. En arrivant en consultation, cette situation était tellement insupportable qu'il raconte s'être levé de son bureau, avoir pris le sac lui-même, l'avoir posé à terre en lui disant qu'il était temps d'être hospitalisé maintenant et qu'aucune négociation ne serait possible. De nombreuses années plus tard, alors qu'elle était guérie, elle lui rapportait cet échange dont elle lui dit qu'il fut le premier moteur de son changement vers la guérison.

La souplesse en thérapie est donc de mise. Entre le respect de son obédience et la réalité qui se présente à nous, entre le respect du libre arbitre

et la position « autoritaire », nous ne connaissons pas la bonne réponse. Toutefois, lorsque le patient se met en danger, les silences entendus et le respect du soi-disant libre arbitre n'ont pas de sens. Il faut parfois prendre le risque de perdre ce que l'on pourrait prendre (à tort) pour de l'alliance thérapeutique juste parce qu'on ne veut pas frustrer le patient, alors qu'en fait on l'abandonne. Nous avons parfois le devoir d'être l'« appareil à penser » du sujet halluciné qui n'est plus en mesure de le faire. Pour reprendre un autre propos de Philippe Jeammet, l'obligation aux soins, ce peut être une chance.

Points clés

- La TSB n'est qu'une technique de communication parmi d'autres. Comme toute technique, elle a ses limites. Mais ce qui caractérise un thérapeute bref, c'est précisément qu'il arrête de proposer des solutions qui ne fonctionnent pas pour en chercher d'autres plus efficaces.
- L'esprit des TSB c'est, pour le thérapeute, de chercher à toujours parler le langage du patient. Mais face au patient halluciné, il n'est pas question d'adhérer au délire. L'objectif est d'abord de l'entendre et de le comprendre pour ne pas se disqualifier d'emblée — « comprendre » n'est pas « approuver ».
- Pour parvenir à parler le langage du patient, quatre mots-clefs nous aident : *reconnaître* la structure et la logique du patient, reconnaître ses valeurs, ses inquiétudes, ses croyances et donc reconnaître ses hallucinations ; *accepter* ses valeurs, ses croyances et donc accepter la vérité du patient qui vit réellement ses hallucinations (plutôt que de le convaincre qu'elles n'existent pas) ; *augmenter* les valeurs qui sont ainsi mises en avant, la reconnaissance de la souffrance face à ses hallucinations ; afin de mieux *utiliser* ces valeurs, ces croyances, ces hallucinations comme leviers de changement pour se faire aider.
- Lors de soins sans consentement, la position du thérapeute ne peut être qu'une position de médiateur entre différentes réalités (celle du patient, celle de la société ou du tiers demandeur et celle du thérapeute).
- Il est important de ne pas nier la contrainte pour permettre au patient de se positionner : accepter, refuser ou négocier les soins. Évidemment, la plupart du temps, le patient négociera non pas sa réalité mais sa vision de la réalité. Cet aspect constructiviste sera le levier de sa critique et de son implication. La contrainte devient un levier de changement.
- La grille de lecture des soins sans consentement doit respecter plusieurs étapes : d'abord déterminer qui est le demandeur des soins pour permettre au patient halluciné d'entendre le point de vue de l'autre ; ensuite déterminer le problème qui l'a conduit à ces soins sans consentement, ce qui l'aidera à devenir acteur de son changement.

Bibliographie

- [1] Meggle D. Les Thérapies brèves. Paris: Retz; 1990.
- [2] Haley J. Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Paris: Jean Pierre Delarge; 1976.
- [3] Meggle D. L'Hypnose éricksonienne. Ann Méd-Psychol 1988;146:311-24.
- [4] Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Changement : Paradoxes et Psychothérapie. Paris: Seuil; 1975.
- [5] Watzlawick P. Le langage du changement. Paris: Seuil; 1980.
- [6] Despland J-N. Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques. Psychotropes 2010;16:9.
- [7] Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris: EPI; 1984.
- [8] Doutrelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : outils et applications. Paris: Masson; 2005.
- [9] De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
- [10] Cottencin O, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. L'Encéphale 2009;35:214-9.
- [11] Seron C, Wittezaele J. Aide ou Contrôle : l'intervention thérapeutique sous contrainte. Bruxelles: De Boeck; 1991.
- [12] Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. Paris: John Libbey Eurotext; 1998.
- [13] Haley J. Stratégies de la psychothérapie. Paris: ERES; 1993.