

NATHALIE GOUJON

MÉDECINE SANS SOUFFRANCE AJOUTÉE*

*CONTIENT DE LA SOUFFRANCE



Enrick • B. Éditions

Sommaire

Un thérapeute bref et stratégique à l'hôpital et aux alentours.....	13
Le modèle de Palo Alto ? Le modèle de qui ? De quoi ?.....	15
CHAPITRE I. Réduire la souffrance des patients :	
aller là où ils sont et faire avec	21
Stéphane et sa douleur	21
Madhi et les caméras	33
Abel et <i>Inception</i>	40
Léa et son ennemi imaginaire	48
Catherine et ses <i>flashes</i>	53
Morgane et Arachné	60
Paul pourrait mourir d'une « hémorragie globale ».....	67
CHAPITRE II. Accompagner la famille, réduire la souffrance du soigné, faciliter le travail du soignant en responsabilisant !.....	
Juliette et son grand couteau	79
Maxence et le corbeau	87
Louis et son cancer	100
Madame M. en réanimation	105
CHAPITRE III. Réduire la souffrance des soignants : accueillir les émotions et prendre les <i>feed-backs</i>	
Baptiste : Iron Man des urgences	111
Francis et le monsieur au petit regard méchant	116

Sébastien et sa vocation de généraliste à la campagne....	120
Aurélien débloque au bloc	125
CONCLUSION	133
REMERCIEMENTS	135
BIBLIOGRAPHIE.....	137

Un thérapeute bref et stratégique à l'hôpital et aux alentours...

L'idée de ce livre est née de pérégrinations que j'ai eu la chance de faire à l'hôpital, à la clinique et aux alentours. Comment quelqu'un travaillant selon les prémisses de la thérapie brève et stratégique peut-il être utile dans ce genre de contextes où se dévissent de nombreuses souffrances ?

D'abord, j'ai pensé que cette approche systémique et non pathologisante des problèmes humains pouvait en premier lieu aider les familles, dès lors que les patients hospitalisés rentraient à la maison. Nous les voyons d'ailleurs régulièrement en cabinet.

Puis, depuis l'extérieur des lieux de soins médicaux, je me suis petit à petit penchée sur le fait qu'à l'intérieur aussi des hôpitaux ou des cliniques, ce modèle pouvait débloquer des situations enkystées.

Quels apports et quelles propositions faire dans des mondes où l'hypnose elle-même, bien qu'utilisée par des médecins pour des opérations, est encore vue comme une technique douteuse, voire digne de la sorcellerie ?

J'ai été portée par l'audace d'expérimentation des penseurs de ce modèle, tel Milton Erickson, qui savait utiliser l'hypnose sans que personne ne le sache ni ne s'en aperçoive, ayant reçu l'interdiction de le faire. Ou la simplicité de Don Jackson, brillant psychiatre, thérapeute bref et stratégique qui se présentait à ses patients comme « un petit gars de la campagne ».

Je me suis dit que cela ne nuirait à personne « d'essayer, pour voir » ce que le modèle de Palo Alto pouvait apporter au monde de la médecine et de la psychiatrie (ou en tout cas, dans les espaces que j'ai pu visiter).

Ce livre s'adresse à tous ceux qui ont eu à souffrir, ou souffrent encore à l'hôpital ou dans des lieux de soins divers. Alors que paradoxalement, ces lieux devraient être des havres de mieux-être. Mon objectif, dans les pages qui suivent, sera de montrer comment il est possible de réduire la souffrance des soignés, celle de leur famille et enfin, celle des soignants.

Le modèle de Palo Alto ? Le modèle de qui ? De quoi ?

Palo Alto n'est pas un être en toge blanche, tel que le suggèrent certains de nos étudiants facétieux ! C'est une ville en Californie dans laquelle, dans les années cinquante, est né « un modèle », un courant de pensée, une vision particulière des comportements humains.

Avec ce modèle, les problèmes humains générant de la souffrance sont considérés comme des résultantes de tentatives de régulations¹ répétées de nombreuses fois, plus fort et encore plus fort, afin d'obtenir un changement. En vain. Quand on essaie une fois, dix fois, mille fois de dire à un ado de ranger sa chambre, sans résultat, alors il est probable que l'on soit entré dans un cercle vicieux alimenté par nos tentatives de régulation externes en direction dudit ado : « Range ta chambre ! ». Celui-ci devient alors comme sourd, quel que soit le niveau sonore de notre message ! De la même manière, quand on se répète sans relâche que l'on ne doit pas être triste alors que l'on vient de perdre quelqu'un, il est probable que nous soyons en train de fabriquer un cercle vicieux dans lequel nos tentatives de régulation internes (« je ne dois pas être triste ») aggravent notre peine.

1. Certains thérapeutes parlent de « tentatives de solution » (« attempted solution »), terme utilisé à l'origine. J'utilise « tentatives de régulation » comme nombre d'autres thérapeutes brefs, car ce terme-ci regroupe de manière plus globale ce que les patients essaient de faire pour résoudre leur problème. En externe : comment régulent-ils inefficacement vis-à-vis des autres ? C'est ce que l'on nomme les « tentatives de régulation externes ». Et lorsqu'ils régulent avec eux-mêmes (en s'empêchant par exemple de ressentir une émotion) sans résultat, il s'agit alors de « tentatives de régulation internes ».

Puisque nous passons notre temps à résoudre des difficultés dans la vie, si l'une d'elles reste et persiste, c'est bien que ce que nous avons essayé de faire la maintient, voire la renforce (ce qui l'amène à devenir un problème).

Comme l'écrivait Paul Watzlawick : « le problème, c'est la solution ». Autrement dit, c'est précisément ce que l'on essaie de faire qui maintient et aggrave le problème.

Autre exemple, une maman nous dit au sujet de son fils : « Tous les soirs, je lui dis qu'il n'a aucune raison d'avoir peur des monstres, qu'ils n'existent pas, que s'il continue, il sera puni ou au contraire, que s'il ne fait pas d'histoires, demain nous irons au cinéma, mais rien n'y fait. Il a toujours peur et même, ça s'aggrave : il refuse maintenant de dormir dans sa chambre. J'ai tout essayé ! ».

Tout, oui, mais toujours dans le même sens et avec la même intention !

Lorsque cette maman tente de prouver que les monstres n'existent pas, qu'elle punisse ou récompense son enfant, c'est comme si elle lui disait : « tu n'as aucune raison d'avoir peur ». Or, dans l'imagination des enfants, il y a mille raisons d'avoir peur : tous ces monstres, ces vampires, ces dinosaures, ces « vieilles-sans-pieds » qui peuplent leurs rêves sont insupportables ! Pour eux, les monstres et autres personnages effrayants existent vraiment. Ainsi, la maman nie sa peur, ce qui calme l'enfant sur le moment, mais ne fait que l'aggraver à plus long terme, car on lui renvoie ce message : « tu ne ressens pas ce que tu devrais ressentir », ce qui est insécurisant. Par ailleurs, l'enfant se dit : « Si Maman prend le temps de m'expliquer tout ça pendant des heures et de différentes manières, ça veut bien dire que ce n'est pas si évident : aurait-elle un doute ? ».

Il est donc parfaitement logique de chercher à faire l'inverse de ce qu'elle a tenté jusqu'alors. En tout cas pour nous, thérapeutes brefs et stratégiques. Nous allons aider cette maman à accueillir la peur de son fils et ainsi, construire avec elle une stratégie à 180°. On peut proposer, selon les cas, de lui faire décrire son monstre, de fabriquer un piège, un *spray* ou une formule magique anti-monstre (manœuvres diverses permettant d'accueillir et de regarder la peur en face).

Finalement, si nous repérons ce que nos patients essaient de faire et que nous voyons cela comme quelque chose qui entretient ou renforce leur problème, nous avons déjà fait une partie du travail. Ensuite, nous cherchons le 180° de ce qu'ils font (l'inverse, donc) et leur demandons de le mettre en œuvre pour éradiquer le problème.

Rien de plus logique ni de plus enthousiasmant que de voir les choses comme cela !

Ainsi, tout comportement, aussi impressionnant soit-il et tout problème, aussi grave soit-il, ne sont que des résultats de stratégies inadéquates, de messages envoyés inappropriés répétés et répétés jusqu'alors.

L'être humain est comme n'importe quel être vivant soumis à des messages et des *feed-backs*², il perçoit et réagit en conséquence. C'est une vision scientifique, biologique des problèmes humains que celle des penseurs de l'École de Palo Alto. Ils n'expliquent pas les situations de nos patients en considérant qu'ils ont une maladie mentale – ou un dysfonctionnement interne, une « structure de la personnalité atteinte » par une histoire personnelle compliquée –, mais seulement qu'ils sont bloqués dans un système d'interactions (avec les autres ou avec eux-mêmes), raisonnable selon eux, mais qui génère de la souffrance sous forme d'affections physiques ou psychologiques.

Dans son article de 1956 *Vers une théorie sur la schizophrénie*, Gregory Bateson montre à quel point il est parfois « logique » – si j'ose dire – de devenir schizophrène dans certains contextes.

Logique, oui, lorsqu'on est soumis à ce que Bateson appelait une double contrainte (« double bind »).

Prenons l'exemple d'une maman qui dit à son enfant : « viens m'embrasser » au milieu de personnes invitées, alors même que l'enfant sait que la règle à la maison avec sa mère est normalement : « pas de baisers, je déteste ça ».

2. *Feed-backs* signifie réponses en retour aux messages reçus.

L'enfant est alors soumis à un message paradoxal, il ne peut pas non plus méta-communicuer (communiquer sur le paradoxe qu'il perçoit) et se trouve dans une relation vitale (c'est sa mère, comment quitter la relation, c'est impossible ?). La seule issue est de partir dans la folie en adoptant un comportement bizarre : il ne peut pas l'embrasser et doit l'embrasser... Que faire, à part n'importe quoi ? Ainsi, soit une crise de colère, une crise de larmes, ou encore un bel épisode délirant ?

Afin d'être plus claire, la blague des deux cravates illustre cette impossibilité de rester « normal » dans certains contextes³.

C'est l'histoire d'une maman qui offre à son fils deux cravates pour Hanoucca, l'une rouge, l'autre bleue. Le lendemain, alors qu'il porte la bleue, sa mère l'interpelle : « Quoi ? Tu n'aimes pas la rouge ? ». Imaginons un instant que ce pauvre garçon ait porté la rouge, sa mère aurait probablement dit : « J'étais sûre que tu n'aimerais pas la bleue ! ». Cet homme n'a donc qu'une solution pour tenter de correspondre aux exigences de sa mère : mettre les deux cravates. Alors, il aura l'air d'un fou !

Avant que cet article fondateur ne sorte, divers courants scientifiques et courants de pensée ont influencé ce modèle : la cybernétique, la systémique, les théories de l'information et le constructivisme, entre autres.

La pensée de grands hommes comme Gregory Bateson (anthropologue et biologiste) et le génie clinique de Milton Erickson (psychiatre et hypnothérapeute) ont été à l'origine de cette manière de voir les problèmes humains. Ensuite, Jay Haley, John Weakland, Dick Fisch et Paul Watzlawick ont contribué à développer ce modèle de résolution de problèmes relationnels en thérapie, notamment au sein de la famille⁴.

Le modèle de Palo Alto est un modèle de résolution de problèmes tout à fait innovant qui apporte des solutions à des problèmes enkystés depuis de longs mois, voire de longues années.

3. Je retranscris l'histoire de Paul Watzlawick telle que je la raconte en formation, sous forme d'une blague juive.

4. Pour aller plus loin : Jean-Jacques WITTEZAELE, Teresa GARCIA, *À la recherche de Palo Alto, « couleur psy », éditions du Seuil (1992)* et Dominique MEGGLE, *Erickson, hypnose et psychothérapie*, éditions Retz (2005).

En prenant le contre-pied de tout ce qui a été tenté, le problème disparaît parfois très rapidement.

L'objet de cet écrit est de montrer comment cette manière de travailler peut être utile alors que les situations semblent désespérées et bloquées, à l'hôpital et aux alentours.

Comment faire en sorte de réduire la souffrance des patients, celle de leur famille, mais également celle des soignants, pris au beau milieu de paradoxes parfois inextricables, englués dans des visions du monde rigides apprises et intégrées, ou subies et impossibles à contourner.

Dans le film *Hippocrate* réalisé par Thomas Lilti en 2014, un médecin répond à un autre après la mort d'une patiente : « Mais médecin, c'est pas un métier, c'est une sorte de malédiction ! »

CHAPITRE I

Réduire la souffrance des patients : aller là où ils sont et faire avec

Je vois mon travail pour réduire la souffrance des patients comme un ensemble d'actions consistant, en dehors du fait d'utiliser le modèle de Palo Alto, à les accompagner en partant exactement de là où ils sont. Pour les aider à faire avec leur douleur, leur délire, leurs images obsédantes, ou encore une maladie héréditaire. Je dois les suivre et comprendre en quoi il est logique d'être coincé dans un tel cercle vicieux de souffrance.

Stéphane et sa douleur

Ce jeune homme commence ainsi : « Je souffre de douleurs du fait d'une maladie qui a été diagnostiquée au moment où je passais mon DEUG MASS et en gros, c'est mon cervelet qui tombe dans ma colonne vertébrale. »

Toutes sortes d'images hallucinantes m'assaillent alors : le cervelet tombe jusqu'où, exactement ? Il y a bien un moment où il s'arrête : un truc doit le retenir ? Un os ? Et ensuite, quoi, on doit le ramasser et se le faire remettre à l'hôpital ?

Entre fou rire et épouvante, caractéristiques des films d'horreur, je tente de me concentrer : *Nathalie, tu n'es pas médecin, arrête de réfléchir à ça : en quoi est-ce un problème, ce « cervelet tombant » ?*

En effet, je travaille avec la thérapie brève selon le modèle de Palo Alto, je suis donc non normative et non pathologisante. Ce qui doit m'obséder, en revanche, est bien cette question : « Quel est le problème, très précisément, pour le patient ? ». Et ce, même

si quelqu'un de « normalement analytique » croirait déjà tenir une réponse : il a une maladie rare.

« J'ai subi de multiples opérations et je vais peut-être devoir à nouveau me faire opérer car mes plaques au niveau des lombaires sont trop anciennes, d'après mon neurologue.

En même temps, mon médecin traitant qui me connaît depuis plus de vingt ans n'est pas d'accord et propose qu'on ne fasse rien. Ils ne savent pas. Par ailleurs, j'ai vraisemblablement des conséquences physiques annexes à cette malformation et qui se manifestent maintenant, comme des problèmes dentaires : j'ai lu des témoignages sur le net qui mentionnent que ces problèmes peuvent être en lien avec ma maladie. »

Après le passage en revue de tous ses problèmes physiques, liste terrible et interminable, je demande à Stéphane comment il vit, afin d'obtenir des informations concrètes nécessaires à une analyse interactionnelle de la situation. Je cherche en effet à savoir dans quel contexte il vit, quels échanges (interactions) il a avec les autres, tout ce qui se passe entre lui et autrui afin de ne pas seulement observer son problème en zoomant sur lui, mais bien en élargissant au système dans lequel il évolue.

Stéphane habite avec sa mère, tout en projetant de prendre un appartement, mais lorsqu'il est « en douleur », il ne peut pas s'habiller seul, alors il se fait une raison. Il a tout de même, me dit-il, un ami très fidèle, connu au lycée, donc de son âge, avec lequel il parvient à vivre des moments de joie : confidences, voyages et fêtes.

Ses premières demandes de travail sont de tenter d'apaiser au mieux les relations avec son entourage proche, car en dehors de sa maladie, celles-ci lui bouffent la vie. Il ne sait plus comment se faire pardonner le fait d'être malade et doit, alors qu'il est éprouvé par des journées de consultations diverses, expliquer en détail et pendant des heures à toute la famille ou presque ce que l'on a pu lui dire. Stéphane est aussi souvent traité comme un enfant de huit ans, dit-il. Sa mère ne veut pas qu'il parte trop loin, ni ne fasse trop de voiture. Or il adore prévoir et planifier des voyages. Il en a marre d'avoir le sentiment de devoir se justifier en permanence.

Pour diverses personnes de la famille et certains amis, nous imaginons ensemble des stratégies relationnelles différentes de ce qu'il faisait jusque-là et qui ne fonctionnait guère. Souvent, les mêmes *patterns*⁵ reviennent : Stéphane n'ose pas dire les choses, stocke, puis s'énerve en mode éruption volcanique lorsque ses proches sont allés trop loin. En gros, il essaie de ne rien dire de ses examens ni de ses symptômes et de rassurer tout le monde afin qu'on lui fiche la paix. Sans succès.

Conformément aux principes de résolution de problèmes selon l'École de Palo Alto, il faut trouver une stratégie à l'opposé (soit à 180°) de ce que Stéphane a tenté. En effet, faire l'inverse de ce que l'on a essayé jusqu'alors est la meilleure façon d'arrêter de faire ce qui maintient le problème.

En synthèse, le « thème des tentatives de régulation » de Stéphane vis-à-vis des autres était : « Tout va bien et laissez-moi tranquille ! », ce qui générait l'inverse de ce qu'il voulait : ses proches le houssillaient d'autant plus pour obtenir des informations en continu.

Ce que les praticiens du modèle de Palo Alto nomment « thème de tentatives de régulation » est en quelque sorte l'intention globale de la personne lorsqu'elle essaie de résoudre son problème. Pour trouver ce thème, il faut repérer toutes les actions mises en œuvre et chercher leur dénominateur commun. C'est ce que les thérapeutes brefs et stratégiques fidèles à Watzlawick (et Bateson) appellent un passage à un niveau logique supérieur, ou un passage à la classe.

Par exemple, des parents en proie à un enfant qui fait des crises de colère arrivent en disant : « On a tout essayé : on le punit, on le récompense dès que les choses se passent bien, on a mis un système de bons points sur notre frigo suivant son comportement, on lui explique qu'il doit gérer ses émotions... »

5. *Pattern* est un mot de notre vocabulaire de thérapeute bref pour signifier une structure qui revient en boucle, comme un motif qui revient sans cesse.

Les parents ont l'impression d'avoir fait des choses très différentes et dans des directions opposées, or leur intention est toujours la même : dire à cet enfant de se calmer.

C'est le dénominateur commun : le thème des tentatives de régulation.

Un peu comme s'ils jouaient toujours la même musique avec des instruments différents.

Le virage à 180° à opérer dans ce cas précis est bien d'envoyer le message : « Fais ta crise, tu en as besoin ! » J'ai pu imaginer plusieurs sortes de prescriptions pour amener les parents à tenir ce mouvement. Par exemple, lors d'une crise dans un supermarché au sujet de l'achat d'une bêtise quelconque, les parents avaient comme consigne de laisser leur enfant faire sa crise en disant : « Chéri, c'est normal, c'est très énervant que l'on n'achète pas ce que tu veux, tu peux te jeter par terre et crier, vas-y ! » Et d'ajouter, s'il y avait du public : « Mesdames et messieurs, regardez comme mon fils sait bien s'énerver, je suis sûr que vous n'avez jamais vu un petit garçon aussi fort ! » Cette dernière précision a pour seul et unique but d'aider les parents à tenir ce mouvement et ne pas craquer du fait de la honte inévitable déclenchée par les cris de leur rejeton !

Pour en revenir à Stéphane, le sujet de ses tentatives de régulation qui était : « Tout va bien, laissez-moi tranquille ! » doit donc être remplacé par ce thème à 180° : « Oui, c'est inquiétant, je vous tiens au courant le plus possible. »

La situation la plus drôle a été celle avec sa petite sœur, infirmière. Celle-ci l'appelait tous les deux jours afin de savoir s'il allait bien à la selle. En effet, les doses très importantes de morphine prises par Stéphane avaient ce type d'effets secondaires... À 35 ans, on peut comprendre l'agacement et le désespoir de mon patient, d'autant qu'il ne pouvait se résoudre ni à se brouiller définitivement en se fâchant, ni à ne plus répondre du tout.

Je lui ai donc préconisé d'appeler sa sœur plusieurs fois par jour (au lieu d'éviter ses coups de fil plusieurs fois par semaine) afin de lui préciser si oui ou non il était allé à la selle. Si non,

lui dire qu'il appellerait dès que ce serait fait. Si oui, lui décrire précisément les étrons... Bref, nous avons bien ri et l'infirmière a été calmée pour de bon.

Mais le travail déterminant que nous avons fait ensemble, hormis celui sur ces situations interactionnelles pénibles, a été celui autour de la douleur.

D'abord, Stéphane cherchait sans cesse une réponse, des liens, des explications : « Est-ce que mes plaques (et autre matériel) ont déclenché mes autres douleurs, ou est-ce l'évolution logique de la maladie ? D'ailleurs, comment va-t-elle évoluer ?

Serai-je paralysé un jour, ou au contraire, vais-je mourir sur le coup, suite à une pression intracrânienne trop forte ?

Est-ce que les maux de tête variables sont toujours liés à la maladie ou non ?

Est-ce que les problèmes dentaires sont en lien avec elle, ou est-ce simplement un coup de malchance ? »

Ou encore : « Est-ce que mes douleurs dentaires peuvent être liées à un déficit quelconque dû aux médicaments que je prends ? »

Chaque spécialiste consulté renforçait ses questionnements puisqu'il partait de son point de vue, de sa vision du problème via SA spécialité en précisant de nouveaux points et en excluant les autres.

Stéphane enchaînait les rendez-vous médicaux, tous plus déprimants les uns que les autres.

D'ailleurs, en dehors de l'absence de réponses, il n'était pas tellement écouté ni cru au sujet de son niveau de douleur : étant données les doses de morphine et de Rivotril® prescrites, les médecins ne pouvaient rien proposer de plus et semblaient agacés.

Le Dr Nicolas Danziger⁶ évoque ce cas de figure où le soignant, impuissant, a tendance à fuir la douleur d'autrui et n'ayant pas de solution, la rejette purement et simplement. Il devient alors

6. Nicolas DANZIGER, Conférence « Empathie et douleur » (2014) <https://www.youtube.com/watch?v=VhfCXjnR5Tg>

incapable d'« inférer la douleur » du patient et ne peut être en empathie.

Mon patient avait le plus souvent le sentiment d'être totalement incompris et les professionnels semblaient très souvent lui dire qu'il exagérait, ce qui augmentait bien évidemment son désespoir. Je peux même faire l'hypothèse que cela amplifiait sa perception de la douleur.

Sans parler du fait que chaque rendez-vous médical l'empêchait de prévoir quoi que ce soit en termes de sorties ou de voyages, les déplacements et la fatigue associée rythmaient sa vie. « À quoi ça sert de vivre, si on ne vit pas sa vie ? »

« Prendre un spécialiste, le meilleur (c'est-à-dire simplement celui en qui vous avez le plus confiance) et le suivre, ne serait-il pas plus reposant ?

Et au-delà de cela, croyez-vous qu'il existe quelqu'un dans l'univers capable de démêler ce qui est de l'ordre de la maladie originelle ou des diverses interventions que vous avez subies ?

Imaginons un vieux médecin, une sorte de sage érudit à Bali (afin d'évoquer les milliers de livres de développement personnel qui existent aujourd'hui et qu'il lisait), qui aurait une vision systémique, une capacité à prendre tous les symptômes ensemble et susceptible de deviner comment ils interagissent entre eux, serait-il capable de répondre à toutes vos questions ? Je ne crois pas. »

Je lui ai donc posé cette question terrible : « Et si vous étiez sûr que vous ne saurez jamais ce qui est dû à quoi ? Ni quelle expression de la pathologie donnera quel symptôme ni en fonction de quoi ? Que vous saurez encore moins quelle sera l'évolution de votre maladie, ni la douleur associée. Si vous étiez sûr que vous ne saurez jamais précisément, que feriez-vous de différent ? »

Quand les tentatives de régulation des personnes qui ont un problème vont toujours dans le même sens, nous savons alors que nous tenons un « thème général », une intention globale qui génère de la souffrance, comme nous l'avons vu plus haut.

Stéphane tente sans cesse de trouver une réponse, des explications et des projections quant à sa maladie. C'est assez compréhensible : notre manière de penser d'êtres humains nous fait

parfois croire que si l'on comprend pourquoi les choses arrivent, cela ira mieux. C'est faux, mais on essaie tout de même.

Dans ce cas-ci, Stéphane se dit que s'il sait pourquoi il a mal, quelle zone de son corps est en cause, comment cela va évoluer, alors il pourra agir pour faire baisser la douleur.

Mais cela semble impossible, à l'entendre.

Cette maladie est une maladie orpheline, ce qui signifie d'une part que personne n'a d'éléments pour donner une réponse claire, globale et unique à ses questionnements et d'autre part, comme toutes les maladies, quelles qu'elles soient, qu'il est impossible de pouvoir donner un pronostic d'évolution précis. Ainsi, renoncer à des réponses est une voie qui se trouve à l'opposé de ce qu'il tente de faire depuis toutes ces années, et c'est pourquoi je la lui propose, afin de l'apaiser enfin.

Je ne dis pas, bien entendu, qu'il a totalement renoncé à toute forme de questionnements et vit comme un moine bouddhiste, sage et méditant, mais il a introduit dans ses pensées, dans son écoute du monde médical, une multitude de « peut-être », de « ou pas », certes inconfortables dans un premier temps, mais sécurisants sur le long terme, parce que non générateurs d'espoirs fous.

C'est souvent l'espoir qui, paradoxalement, maintient nos patients dans des affres de souffrance : espérer ne plus avoir mal pour Stéphane ; pour d'autres, espérer qu'il ne me trompe plus jamais, espérer qu'il grandisse et m'obéisse, espérer qu'il me comprenne parce que je l'aime, espérer qu'il ne soit plus violent, etc.

Le problème, c'est que cet espoir porte rarement sur un domaine dans lequel ces gens sont acteurs, ou pourraient l'être.

La conséquence logique de ce travail de renoncement est de faire en sorte que Stéphane puisse se demander : « Comment puis-je vivre avec cette douleur, puisque je n'aurai jamais de solution ? » Je lui ai donc demandé de devenir intime avec elle : « Puisqu'on ne pourra jamais l'éradiquer totalement, alors nous allons apprendre à la connaître. Pourriez-vous suivre, dans un carnet dédié, de manière précise et journalière, les contextes dans lesquels votre douleur se déchaîne ? À quel moment de la journée est-elle pire, quand diminue-t-elle ? Quelle échelle lui donnez-vous ? Qui est présent ? Que faites-vous ? »

Séance après séance, nous avons pu constater comment certaines situations, certaines personnes présentes augmentaient la douleur.

Stéphane a aussi pu repérer, par ailleurs, des « moments logiques de douleur », lorsque son corps se met en route le matin, ou après une sieste, dit-il... Comme si dans ces moments précis, la douleur étant logique, elle devenait moins forte, presque supportable.

Bref.

Stéphane a mal, il aura toujours mal, mais il n'a plus de problème avec sa douleur, si j'ose dire.

Il a d'ailleurs progressivement diminué, puis arrêté la morphine dans les mois qui ont suivi. La dernière fois que je l'ai vu, il allait emménager avec sa nouvelle petite amie.

Un peu de technique

Pour faire une synthèse de chaque situation ou développer un point technique intéressant, je vais utiliser soit « la grille de résolution de problème selon le modèle de Palo Alto » telle que je l'utilise et l'enseigne actuellement, soit un schéma interactionnel, soit les deux selon les cas⁷. L'avantage principal de ces outils étant leur concision, j'espère qu'ils ne donneront pas trop mal à la tête au lecteur (qui pourra aussi bien passer ces rubriques, s'il est sujet aux migraines !).

Problème (au sens de Palo Alto) ?

Stéphane a une maladie rare qui, d'une part, crée des problèmes relationnels avec les autres et d'autre part, l'obsède en le maintenant dans des questionnements intellectuels infinis.

Émotions associées au problème ?

Stéphane est en colère à cause de sa situation et vis-à-vis des autres qui le questionnent. Il a également peur : peur de la douleur, peur de l'avenir.

7. La grille de résolution de problème et le schéma interactionnel présentés ici sont des outils que j'ai appris à manier d'abord à l'IGB (Institut Gregory Bateson) puis à Virages formation (appelé par Marina Blanchart, « Mapping ») et que nous faisons évoluer dans nos centres À 180°.

Tentatives de régulation ?

Vis-à-vis des autres : Il essaie d'échapper aux questions de sa famille, de les rassurer, de ne pas répondre au téléphone, de minimiser, de ne pas trop dire quand il a mal, de mentir quand il part en voyage... Il questionne les médecins, multiplie les rendez-vous médicaux ou paramédicaux pour d'une part, ne plus souffrir et d'autre part, comprendre sa maladie et connaître l'avenir.

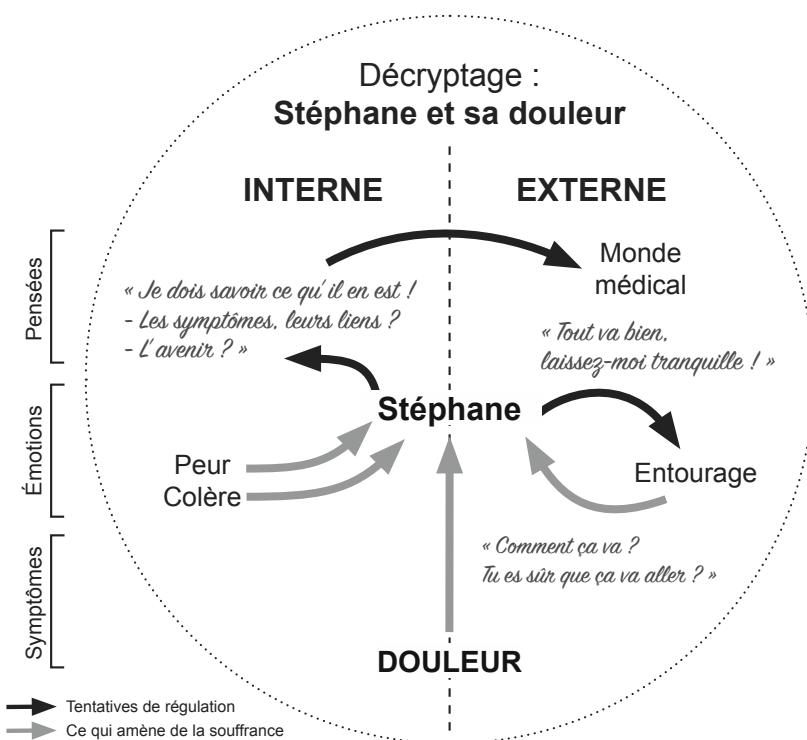
Vis-à-vis de lui-même : Il cherche à faire baisser sa douleur, sa peur et sa colère (cf. schéma interactionnel ci-dessous) en se posant des questions sans réponse.

Thèmes des tentatives de régulation

En externe : « Tout va bien, laissez-moi tranquille ! » en direction de son entourage et aussi : « Je veux savoir ce qu'il en est ! » en direction du monde médical.

En interne : « Je dois savoir ce qu'il en est ! » (les symptômes, leurs liens et à quoi m'attendre pour l'avenir ?)

Schéma interactionnel



Thèmes thérapeutiques

En externe : à 180°, envoyer implicitement ce message à son entourage : « Oui, c'est inquiétant, je vous tiens au courant le plus possible. »

En interne : à 180° : « Je n'aurai jamais de réponse complète, ni certaine. »

Stratégie et tâches

La première stratégie – consistant à envoyer le message inverse à son entourage – a certes débloqué la situation, mais j'ai aussi ajouté dans la prescription concernant sa sœur le fait de l'appeler fréquemment et beaucoup plus que d'habitude. C'est ce que les thérapeutes brefs appellent « saturer ». Au lieu d'en dire le moins possible et d'avoir une attitude rassurante pour expédier

« l'infirmière », Stéphane a, au contraire, eu pour tâche de lui téléphoner plusieurs fois par jour et de détailler ses symptômes en prenant l'air inquiet.

On travaille ici à la fois sur ce qu'il dit et sur la façon dont il le dit. Ce genre de prescription est utile pour que l'entourage finisse par se dire : « C'est bon, ça suffit, j'en sais assez et j'en ai marre de l'entendre à ce sujet, c'est son problème finalement ! »

La deuxième prescription a pris la forme d'une question à laquelle il a dû réfléchir : « Si vous étiez sûr que vous ne saurez jamais précisément, que feriez-vous de différent ? » Le but ici était de le faire renoncer aux pensées l'amenant à se questionner sans arrêt, à interroger les médecins et tous les praticiens possibles, à chercher des éléments sur le net... sans réponse claire accessible. C'est une question ayant pour objectif de « débrancher le but conscient » de Stéphane. Il s'agit de l'amener à stopper l'ensemble des pensées et des actions qui envahissent sa vie pour obtenir des réponses, mais en vain. Je reviendrai à la fin du livre sur cette notion, notamment avec l'histoire de Sébastien, le généraliste.

Enfin, la troisième étape de cette thérapie a été de lui apprendre à vivre avec sa douleur en tenant un carnet d'observation de celle-ci. Puisqu'il a renoncé à comprendre les liens entre ses différents symptômes, puis accepté que l'évolution de la maladie soit imprévisible, alors Stéphane a pu accepter le fait de « devenir intime avec sa douleur ». Cette manœuvre avait pour but à la fois d'ancrer en lui le fait que sa douleur serait toujours là et ensuite, qu'il devait maintenant apprendre à vivre avec. Il est entendu que j'aurais pu le lui dire ainsi, mais cela me semblait un peu violent et peu opérationnel.

C'était évidemment plus délicat de lui demander d'observer les moments et les contextes où sa douleur se déchaînait et ceux où elle était en sourdine. Il est plus facile de gérer une douleur quand on sait qu'elle est logiquement élevée et à un moment précis, car notre état émotionnel est modifié (dans le cas de Stéphane, lorsqu'il avait des visites de personnes de sa famille qui le stressaient, sa douleur augmentait immédiatement). C'est aussi plus facile de gérer une douleur quand on sait que parfois,

elle est moins forte. Automatiquement, la personne va profiter des moments d'accalmie et mieux supporter les pics de douleur, sans qu'on le lui explique rationnellement.

Ce genre de prescription peut tout à fait être utile dans d'autres situations de douleurs chroniques, ou même pour des douleurs ponctuelles. Je pense notamment à un moment où la douleur est particulièrement intense : l'accouchement⁸. Si l'on veut préparer des femmes aux douleurs de l'accouchement, on peut leur dire que pour certaines, la douleur est véritablement atroce – qu'elle peut être cotée à 12/10, en termes d'intensité (sur une échelle de 0 à 10 !) –, ce qui est vrai, dans la plupart des cas, mais assez peu encourageant.

Cela revient à dire que la douleur ne discontinue jamais, or elle s'arrête parfois. Faire remarquer cela ressemble à la prescription donnée à Stéphane : noter les différences, les variations, afin de n'être pas en lutte perpétuelle et tenter de s'adapter.

On peut donc parler aux femmes enceintes du temps entre les contractions comme d'un temps de repos qu'il faut savourer et utiliser pour reprendre des forces. L'espacement entre les contractions diminuant avec l'imminence de la naissance, il faut alors chercher à se ressourcer de plus en plus efficacement. Les sages-femmes utilisent souvent la métaphore de la tempête en mer pour illustrer l'accouchement : si vous êtes en pleine mer et que vous luttez contre les vagues, vous les prenez en pleine face, vous vous épouvez, vous vous rigidifiez et risquez de finir par couler. Alors que si vous vous laissez porter par les flots, vous aurez moins d'eau dans la figure et pourrez attendre le creux reposant de la vague. L'accouchement, c'est la même chose : tenter de suivre les contractions autant que possible sans se rigidifier (même si c'est dur d'être souple et patiente dans une tempête !) et profiter des temps de repos entre les contractions.

8. J'ai eu la chance d'accompagner régulièrement un maïeuticien lors d'accouchements et de préparations à la naissance, ce qui a dû m'inspirer cette tâche pour Stéphane.