

Editorial

Brigitte Lutz, Psychiatre en libéral, attachée au CETD Saint-Antoine et partenaire du réseau LCD depuis 2007

Cela semble une banalité mais l'effet thérapeutique de l'écoute est tellement important qu'il faut le dire et le répéter. C'est une évidence pour les « psys », pas si facile à appliquer pour autant avec les patients douloureux, mais beaucoup de somaticiens oublient à quel point leur écoute, et pas seulement leurs actes médicaux est importante. La détresse qui accompagne la douleur chronique est complexe, immense et ce qui complique les choses est qu'elle avance masquée. Masquée et paradoxale.

La demande elle-même est paradoxale : faire taire la douleur. Mais cette douleur génère ou est intriquée à une souffrance qui elle, demande à être écoutée. A.F.ALLAZ parle de la douleur comme d'un acte messager... (1)

Pour écouter, il va nous falloir passer outre, désamorcer l'espèce de pression qu'exercent sur nous les patients, cette tonalité d'urgence dans laquelle on nous demande d'agir. Nous devons parvenir à décentrer notre propre attention pour passer du contenu explicite au contenu implicite de la plainte, pour prendre en compte le fait que ce qui se joue dans la relation thérapeutique est toujours à plusieurs niveaux.

Prendre le temps de chercher à comprendre l'implicite, va nous permettre d'organiser une communication apaisante. Certes stratégique, elle-même paradoxale, « oui votre cas est sérieux, complexe, important, il faut agir tout de suite en comprenant précisément de quoi il est question et nous allons prendre le temps qu'il faut pour cela », « chaque cas est spécifique et je veux savoir ce qui se passe pour vous précisément »... mais apaisante.

Car notre curiosité est thérapeutique.

On ne questionne jamais assez. Quelle idée se fait le patient de ce qui est à l'origine de sa douleur ? Comment comprend-il les processus qui ont généré et qui entretiennent la douleur ? Qu'est ce qui lui a été dit ou expliqué, comment, qu'est ce qu'il en a compris ?

Quelles sont les images qu'il a vues de ses examens, radios etc. et qu'en a-t-il compris ?

De même à propos du début des troubles : qu'est ce qui s'est passé à ce moment là, qu'est ce qu'il ou elle faisait, qu'est ce que ça lui a fait ? Et chaque fois que la plainte revient : « comment cela fait-il précisément ? »

Ce questionnement insistant présente l'intérêt de se placer en miroir, d'organiser une sorte de symétrie face à l'insistance de la plainte si difficile à supporter.

Le but n'est d'ailleurs pas seulement de rechercher des éléments précis mais aussi de faire place au récit. « Il n'est souffrance qui n'aspire à récit » dit Patrick Chamoiseau. C'est à dire que parfois même un peu malgré lui, il va s'agir de donner au patient une occasion de nous faire part des autres niveaux de blessure, les blessures du cœur, les trahisons, les injustices ressenties, avec lesquels il ne fait souvent aucun lien dans un premier temps.

Une autre dimension paradoxale est le rapport au soin : c'est du soigner qui nous est demandé, un acte médical. Mais en fait on s'aperçoit que sous cette demande explicite, ce dont il s'agit implicitement c'est de prendre soin. Chez beaucoup de patients douloureux, c'est en effet toute la dynamique du prendre soin de soi qui se trouve altérée.

Ecouter les signaux de son organisme, organiser sa vie, son hygiène de vie en fonction de ses sensations n'est pas ou n'est plus possible pour un certain nombre de raisons.

(1) Allaz A.F. « Le Messager Boiteux » 2003 ed. Médecine et Hygiène

Il est vrai que socialement le bien-être, c'est principalement le "rien sentir". Et puis, il arrive que l'on se soit coupé de ses sensations à cause de traumatismes précoces. Et du coup pour certains c'est lorsque la douleur arrive et s'installe qu'ils découvrent que leur corps n'est pas seulement un instrument.

On parle beaucoup de l'hyperactivité antérieure de certains patients, de l'investissement du corps comme quelque chose que l'on peut dominer. Et soudain il ne se laisse plus diriger. La survenue du mal être, du symptôme organique ou fonctionnel découvre alors tout un monde de sensations inhabituelles, inquiétantes, d'autant qu'il oblige à une position passive, de soumission.

Il y a encore une dimension paradoxale de l'acte soignant que je voudrais souligner. C'est qu'à chaque fois que l'on met en place une technique de soin que l'on pense efficace, l'aboutissement que nous n'avons pas forcément en tête, c'est la fin programmée de la relation d'aide. Fermeture pour cause de guérison. Et beaucoup de nos patients, sans qu'ils en aient la moindre conscience, ont besoin de la relation thérapeutique en elle-même. Pas seulement comme pourvoyeuse d'un acte médical, d'un outil à utiliser ponctuellement quoi qu'ils en disent. La sortie de l'hôpital, la fin des soins hospitaliers en sont un exemple frappant : Après une maladie ou un accident, vient le moment où le traitement est terminé et au lieu d'être soulagé, on se sent complètement perdu. C'est qu'après une période certes terrible mais très entourée, organisée par les soins, il faut se reprendre en charge seul, et parfois diminué temporairement ou définitivement. Et plus de suivi systématique. Il est très important à ce moment d'installer des consultations régulières, ne serait-ce que pour parler justement. Ce n'est pas réservé aux psy. Ça ne doit pas l'être. Pouvoir dire à son patient : « nous faisons équipe », « je ne vous lâche pas dans la nature », « je veux savoir où vous en êtes et ajuster finement la prise en charge ». Même s'il n'y a pas de traitement, médicamenteux ou non à prescrire, c'est une autre dimension thérapeutique qui sécurise, rassure et permet de retrouver des repères sensoriels complètement bousculés par l'épisode récent.

Didier Anzieu (2), a développé une approche théorique basée sur la continuité de l'organisme au sens large. Il parle du Moi-peau et des enveloppes psychiques. Pour lui le Moi se développe en même temps que la peau et de façon corollaire. Comme deux feuillets du même organe, accolés bien qu'histologiquement différents. Et il met en parallèle les fonctions de l'enveloppe corporelle et celles du Moi en tant qu'enveloppe. C'est une théorie intéressante, qui éclaire bien le fait que tout ce qui atteint le corps atteint aussi le psychisme et réciproquement. Il va s'agir de trouver les moyens de permettre à l'organisme de cicatriser pas seulement sur le plan physique mais aussi psychiquement.

Et un des aspects les plus importants de ces processus de réparation est de refaire du contenant. De réparer les enveloppes.

La relation thérapeutique elle-même représente temporairement une de ces enveloppes, qui fait office de pellicule protectrice le temps que les enveloppes psychiques elles aussi se réparent quand c'est possible. Le corps médical peut ainsi faire son office, en tant que corps protecteur, cadrant, dispensateur de limites, enveloppant, et soutenant.