



A RELATION DE CONFIANCE, FONDEMENT DE LA RÉSILIENCE EN PSYCHIATRIE

Annie VASSEUR

Psychologue clinicienne

Marie-Christine CABIE

Psychiatre, thérapeute familiale.

INTRODUCTION

Les différentes approches dans le domaine de la santé mentale ont essentiellement été centrées sur la symptomatologie, l'identification du problème, le traumatisme, la répétition du traumatisme, l'angoisse, le manque, se référant surtout à la théorie psychanalytique.

La naissance de la théorie systémique a quelque peu changé cette approche en introduisant la notion de contexte, d'environnement socio-familial, de relation, et d'interaction.

Il ne s'agit plus de considérer le sujet uniquement dans son individualité, mais dans un système de relation et d'interaction au sein duquel le symptôme peut avoir un sens, et une fonction. Cette approche a modifié le regard, orientant l'attention sur les compétences de l'individu et du système familial.

Le thérapeute ne se centre plus exclusivement sur le problème, mais s'intéresse aux ressources individuelles et familiales. De plus en plus, en psychiatrie, après avoir mis les familles dehors, nous avons commencé à travailler avec elles, et à les inclure dans la prise en charge, nous sommes « passés d'une définition pathologique de la famille à l'activation de ses compétences », (G. AUSLOOS, « les compétences des familles »), considérant le système familial comme aidant et non essentiellement dangereux.

Nous pouvons dire que nous sommes passés de la famille « coupable » à la famille compétente, « premier environnement ressource » (M. Delage, 2004) et premiers « tuteurs de résilience » pour le sujet souffrant.

Bien entendu, il arrive parfois que la famille ne puisse pas remplir le rôle de « tuteurs de résilience », ayant elle-même été fragilisée par le traumatisme d'un de ses membres.

Parfois aussi, le traumatisme a lieu dans la famille (maltraitance, abus sexuel...), mais cela n'empêche pas pour autant un travail autour des ressources et des compétences de la famille.

Le concept de résilience qui apparaît quelques années après rejoint, à mon avis, l'approche systémique. La résilience rend compte de « la coexistence possible d'éléments de progrès et de croissance aux côtés de graves dommages » (Delage M., 2004).

C'est donc la capacité d'un sujet ayant vécu un traumatisme, à mobiliser des ressources et des compétences lui permettant de « réussir à vivre ». Il y a deux parties qui cohabitent chez le sujet souffrant : « la partie de la personne qui a reçu le coup souffre et se nécrose, tandis qu'une autre, mieux protégée, encore saine, mais plus secrète, rassemble ce qui peut donner encore un peu de bonheur et de sens à vivre » (B. Cyrulnik, 1999).

Dans l'approche systémique, si le thérapeute s'intéresse à la « partie souffrante », il s'appuie sur la « partie saine », celle où se situent les compétences et les ressources, afin de mobiliser le sujet et le rendre acteur de sa résilience.

La compréhension du processus de résilience nécessite d'abord un regard centré sur les ressources, les compétences, et les capacités.

La résilience n'est pas seulement individuelle mais dépend également de la rencontre du sujet souffrant avec ce que B. Cyrulnik a nommé les « tuteurs de résilience ».

« C'est la qualité des liens avec l'environnement qui peut indiquer à l'individu qu'il fait toujours partie du monde des vivants et qu'il peut malgré tout retrouver sens à la vie », M.DELAGE, in Thérapie familiale Genève 2004.

LA CONSTRUCTION DE LA RELATION

La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. Cela implique la

confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient.

« *La résilience ne peut naître, croître, et se développer que dans la relation à autrui* », M. DELAGE (thérapie familiale, Genève 2004). D'où l'importance de tenir compte du contexte et de prendre le temps de co-construire la relation.

En tout premier lieu, l'instauration d'une relation de confiance implique que le thérapeute s'affilie au patient et à sa famille. La notion d'affiliation a été introduite par S. MINUCHIN, c'est un processus grâce auquel le thérapeute tisse le lien indispensable à la construction de la relation. Selon Minuchin, « *pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille et s'y fondre* ». Pour s'imprégner de la représentation du système familial, ou du patient, le thérapeute doit mettre de côté ses propres représentations.

Pour s'affilier, le thérapeute doit « prendre soin », et être soucieux de l'autre.

Chaque personne est unique et possède les ressources pour diriger sa vie, pour faire des choix. De par son unicité, elle est la seule à reconnaître ce qui est bon pour elle.

Le thérapeute doit donc respecter les valeurs et les choix du système familial, ou du patient même si elles ne correspondent pas à ses propres valeurs. Nous savons bien que chaque famille est singulière, et a ses propres règles, qu'il est important de respecter, pour ensuite pouvoir amener la famille à imaginer qu'il y a une autre lecture possible.

Le respect doit également concerner les choix antérieurs du patient même s'ils représentent une entrave pour la résolution des problèmes actuels, les choix peuvent être importants pour lui et faire partie de son projet existentiel. Le thérapeute l'aidera alors à faire de nouveaux choix en respectant le temps du patient. Prenons l'exemple d'un patient présentant une dépendance à l'alcool. Si nous le poussons à arrêter sa consommation d'alcool alors qu'il n'est pas parti prenante, si nous ne respectons pas son « choix » de continuer à boire, nous entrons en escalade symétrique avec lui. Même s'il est hospitalisé, il va se débrouiller pour continuer à boire ou le fera dès sa sortie. Les patients connaissent bien les effets nocifs de l'alcool. Insoo Kim Berg a développé une stratégie très souvent efficace mais malheureusement difficile à mettre en œuvre. Elle s'intéresse aux « bonnes raisons » que le patient a de s'alcooliser. Qu'est-ce que cela lui apporte à lui, aux membres de sa famille, au fonctionnement familial ? Peu à peu les « bonnes raisons » de boire perdent leur sens aux yeux mêmes du patient. Il se retrouve

alors en position de convaincre Insoo qu'il doit s'arrêter de boire. Cette dernière n'accepte pas immédiatement ce revirement et continue à rechercher les « bonnes raisons » qu'il a de boire ! Elle renforce ainsi la nouvelle détermination du patient. Bien entendu, nous excluons les situations où l'état somatique du patient nécessite un arrêt urgent de la consommation d'alcool.

Il s'agit donc de respecter le symptôme du patient, le but n'étant pas de pousser les gens à abandonner leurs symptômes, mais de construire avec eux un contexte dans lequel ils pourront opérer des choix différents. Le respect du symptôme a cependant des limites (inceste, maltraitance des enfants, violence vis à vis d'autrui et de soi même...).

Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Cette attitude du thérapeute permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. Elle suppose que nous arrivions à nous centrer sur l'autre et sur ses besoins.

Elle correspond à la capacité de se poser et de répondre à la question : « Si j'étais à sa place, quels seraient mes sentiments ? Comment est-ce que j'agis ? ».

« L'empathie comprend donc deux pôles : un pôle perceptif où le thérapeute utilise sa sensibilité, et un pôle actif où il exprime et montre clairement ce qu'il a ressenti ». (Luc Isebaert, M.C. Cabié, 1997).

Cette façon d'être du thérapeute va donc permettre la construction d'une relation de confiance mutuelle, amenant à une collaboration. Mis en confiance, et se sentant reconnu dans ses capacités, le patient pourra « mandater » le thérapeute comme pouvant l'aider.

Il sera donc important dans le premier temps de la rencontre de définir la relation de façon à parvenir à ce que nous avons appelé une circularité des mandats. Bien souvent, lorsqu'une personne ou une famille se présente, nous tenons pour acquise sa demande d'aide, et sa confiance à notre égard. Sauf s'ils viennent sous injonction de soins, ou sous toute autre forme de contrainte, nous avons du mal à imaginer qu'ils ont effectivement fait le choix de demander de l'aide, mais qu'ils n'ont pas encore fait celui de nous faire confiance, de nous **mandater pour les aider**. Il y a sans doute plusieurs raisons à cela. Une des raisons que nous pouvons imaginer est que la démarche de demande de soins en psychiatrie reste encore stigmatisée. Toute personne, toute famille qui nous fait une demande est confrontée à sa propre représentation de la maladie mentale. Parfois, il n'a

LA RELATION DE CONFIANCE, FONDEMENT DE LA RÉSILIENCE EN PSYCHIATRIE

jamais eu à faire avec la psychiatrie, ou alors en a une mauvaise expérience.

Demander de l'aide et faire confiance à l'autre est un processus très difficile.

D'ailleurs, lorsque vous allez consulter un médecin pour la première fois, lui faites-vous confiance a priori sous prétexte qu'il est médecin ou attendez-vous de voir comment vont se dérouler les consultations ?

Parler de soi, et de son vécu reste une démarche difficile parce que renvoyant à l'intime du sujet, et cela ne se fera que si ce dernier se sent en sécurité dans l'entretien. Ce sera donc au thérapeute de mettre en place une relation sécurisante afin que le patient puisse le mandater.

Donc, gardons à l'esprit cette nécessité de gagner la confiance des personnes qui viennent nous demander de l'aide. C'est à cette condition qu'ils nous mandateront pour les aider. Cela passe par le fait de faire mutuellement connaissance et par l'établissement d'une circularité de mandats.

Lorsqu'une personne vient demander de l'aide, elle se trouve dans une **relation complémentaire basse** à l'égard du thérapeute, qui lui est placé dans une position haute.

Là nous faisons référence aux types de relations développés par Watzlawick, à savoir les relations symétriques et les relations complémentaires.

Les relations symétriques se basent sur l'égalité, A et B sont au même niveau hiérarchique, ce sont des pairs. Ce type de relation est éminemment instable, car nous avons une tendance naturelle à vouloir être « un peu plus égal que l'autre ». Ceci peut nous entraîner dans une « escalade symétrique » où ce qui compte n'est pas le contenu du conflit, le véritable enjeu est d'avoir le pouvoir, d'avoir raison. Pour sortir de l'escalade symétrique l'un des protagonistes doit accepter de prendre une position complémentaire basse et donner le pouvoir à l'autre.

Les relations complémentaires se basent sur une différence hiérarchique : l'un se trouve en « position haute », l'autre en « position basse ». Ce sont en général des relations stables. Les dysfonctionnements existent lorsque survient une rigidification de la relation, et lorsqu'aucune évolution n'est possible.

Lorsqu'un patient vient nous voir, il nous met d'emblée en « position haute ». Pour lui, le thérapeute est dépositaire d'une certaine connaissance, d'un certain savoir. Aux yeux du patient il est l'expert, celui qui détient la solution à son problème. Il nous paraît important dans un premier temps d'accepter

la position haute dans laquelle le patient nous met, et de reconnaître nos connaissances, nos compétences (ceci est plus rassurant pour le patient).

Mais nous devons utiliser cette position haute pour faire valoir la compétence du patient pour lui – même, mettre en avant ses capacités et ses ressources et l'amener à définir ses objectifs : le patient nous mandate pour l'aider, nous le mandats pour nous aider à l'aider, le patient se retrouve alors en « position haute », acteur dans sa prise en charge. Si nous sommes experts en thérapie, le patient est expert pour sa thérapie.

Nous introduisons ainsi une circularité de mandats qui nous permet d'éviter l'établissement d'une relation complémentaire rigide dans laquelle nous proposerions sans cesse au patient des solutions que nous pensons adéquates pour lui mais qui ne sont pas les siennes et qui sont de ce fait vouées à l'échec. En psychiatrie, il nous paraît plus adapté d'établir une circularité des mandats.

C'est dans cette circularité de mandats que se développe une relation de coopération et de confiance.

De la même façon que nous créons une circularité de mandats avec les patients, nous devons le faire également avec leur famille. Si nous ne le faisons pas, nous risquons de mettre le patient dans un conflit de loyauté entre sa famille et les soignants, et nous savons bien que la plus forte loyauté de l'individu va à sa famille, même s'il semble en conflit avec elle. Il est donc important d'établir une alliance thérapeutique avec la famille du patient, afin qu'elle nous fasse confiance.

Comme nous venons de l'évoquer, il est primordial que le patient nous fasse confiance, mais une relation de coopération ne pourra se construire que si la confiance est mutuelle et non unilatérale. Or, faire confiance au patient, implique que nous ayons dans l'idée qu'il a des compétences et des ressources personnelles, et que notre rôle est de l'amener à les repérer et les utiliser. Ceci est d'autant plus important que la plupart du temps le patient est dans un tel état de détresse qu'il ne croit plus être compétent et disposer de ressources pour aller mieux, il s'en remet au thérapeute, qui devra être vigilant à ne pas décider pour le patient.

Notre travail doit se faire à partir des objectifs du patient et non des nôtres. Quelques questions peuvent nous aider à définir les objectifs du patient : Où voulez-vous aller ? Comment saurez-vous que vous êtes arrivés ? Quelles sont les différentes étapes à franchir ? Quels moyens allez-vous utiliser ?



Il est donc important que le thérapeute se mette dans ce que nous avons appelé **la capacité à ne pas savoir**. En effet, le fait d'avoir des connaissances et d'être compétent dans notre domaine peut nous amener à avoir dans l'idée que **nous savons ce qui est bon pour le patient**. Cela part d'un bon sentiment et dans de nombreux cas nos objectifs sont adaptés. Mais si nous partons de nos objectifs, dans 99 % des cas, cela sera un échec, car ce ne sont pas forcément les objectifs du patient à ce moment là. Nous savons bien que le patient sera motivé pour atteindre ses objectifs et pas forcément ceux d'un autre, et ce d'autant plus que le thérapeute a souvent des objectifs très difficiles à atteindre pour le patient. Respectons le temps du patient même si nous trouvons que cela ne va pas assez vite.

Jeanne est hospitalisée pour une dépression. Elle a 45 ans et touche le RMI. Elle fait état d'une relation de couple particulièrement difficile du fait de violences physiques et verbales répétitives de son mari. Ce dernier boit et refuse toute aide. Il nie son problème d'alcool. Elle dit ne plus pouvoir le supporter. Souhaitant la protéger, nous abordons avec elle la séparation et lui proposons notre aide. Elle semble acquiescer et coopérer. Pourtant dès sa sortie, malgré des contacts pris avec des personnes pouvant lui venir en aide sur un plan social, elle retourne vivre avec son mari. La dépression de Jeanne semblant réactionnelle à sa situation conjugale, le conseil de séparation peut sembler judicieux et même relever du simple bon sens. Mais il s'agit en même temps d'une intervention directe sur les choix de vie de Jeanne. Nous pouvons imaginer qu'elle y a déjà pensé. Il nous faut conclure que pour l'instant elle n'a pas fait ce choix. Il y a sans doute de multiples raisons à cela : la peur de la solitude, les difficultés financières, la crainte d'avoir à affronter le regard de ses parents qui l'avaient prévenue, le refus du statut de divorcée ou de l'officialisation de femme battue...

Pour établir une circularité de mandats avec Jeanne, il serait plus pertinent d'identifier ses ressources et ses compétences : celles qui sont liées aux problèmes comme celles qui ne le sont pas et que nous découvrons en cours d'entretien. Comment a-t-elle fait pour tenir le coup jusque là ? Quelles forces a-t-elle trouvées en elle-même, dans son entourage ? Il faudrait aussi lui signifier notre respect pour sa décision de rester avec son mari au moins jusqu'à maintenant : elle doit sûrement avoir d'excellentes raisons pour s'imposer cela. Quelles sont-elles ? Ceci peut l'amener à réfléchir aux choix dont elle dispose et aux motivations qui la poussent dans telle ou telle direction, en examinant leurs conséquences. Enfin si elle le souhaite, il sera possible de l'aider alors dans sa démarche, une fois son choix fait.

La capacité à ne pas savoir concerne également notre prédiction de ce qui va se passer. En effet,

souvent lorsqu'un patient se présente plusieurs fois, ce qui est fréquent en psychiatrie, le thérapeute se trouve confronté à une répétition difficile à supporter pour lui, ce qui est légitime. Cependant, il est important d'avoir en tête que toute hospitalisation est différente, et même si les symptômes sont identiques, nous devons utiliser notre capacité à ne pas savoir ce qui va se passer, laissons-nous surprendre. Intéressons-nous à ce qui est différent de l'hospitalisation précédente, Qu'est-ce que le patient a fait qui lui a permis de tenir le coup entre les deux hospitalisations ?

Cette démarche sera facilitée si le thérapeute utilise certains outils lui permettant de travailler autour des ressources du patient.

RESSOURCES ET COMPÉTENCES

Il est difficile de ne pas être d'accord avec l'idée qu'il est important de travailler avec les ressources et les compétences du patient, mais cela suppose de modifier le focus de notre regard. Cela fait des décennies que nous sommes habitués à nous intéresser exclusivement au problème et aux causes qui l'ont déclenchées. Bien entendu, il est primordial de continuer à s'intéresser au problème, et une approche n'exclue pas l'autre, mais il est important de pouvoir déplacer notre attention afin de repérer les moments même brefs au cours desquels le patient a pu faire en sorte « d'aller bien », ou « d'aller mieux ». C'est là que nous découvrirons des champs entiers de solutions plus ou moins développées que le patient possède déjà et dont il lui suffira de poursuivre la culture.

Les ressources sont tous les moyens dont dispose une personne ou un système pour résoudre les difficultés auxquelles elle est confrontée, et les compétences, les aptitudes à utiliser ces ressources. Nous avons distingué les ressources d'ordre général des ressources plus directement en lien avec les problèmes à résoudre.

Les ressources d'ordre général correspondent à toutes les valeurs, qualités et compétences qu'utilise une personne dans sa vie.

Les ressources plus directement en lien avec le problème peuvent être découvertes lorsque nous examinons les difficultés que rencontre le patient. Ce sont en fait des solutions partielles dont il dispose déjà et sur lesquelles il pourra s'appuyer pour aller de l'avant. Le thérapeute au cours de l'entretien s'attachera à repérer, et à mettre en valeur les « petites réussites » du quotidien.

LES OUTILS PERMETTANT DE REPÉRER LES RESSOURCES ET LES COMPÉTENCES

Chercher les exceptions aux problèmes : elles correspondent au moment où le problème ne se produit pas, ou se produit moins. Lorsque les patients viennent demander de l'aide, ils sont submergés par leurs difficultés, et du coup n'ont pas repéré qu'il y a eu des moments où le symptôme ne s'est pas produit. Certaines questions peuvent aider à explorer ces exceptions : « pour mieux comprendre ce qui vous arrive, cela m'aiderait que vous me décriviez en détail ce qui s'est passé au cours de ces derniers jours, commençons par lundi dernier, qu'avez-vous fait ce jour-là ? ».

Comme le décrit Insoo Kim Berg, il faut ensuite faciliter la description de chaque journée en détail, à la recherche de petites différences. Dès que le patient a pu décrire une exception, nous devons l'aider à la contextualiser en lui demandant de nombreuses précisions, il peut ainsi « revivre » cette exception qui devient de plus en plus tangible, et de plus en plus actuelle. Cela permet également d'évaluer la reproductibilité de ces exceptions.

Prenons l'exemple d'un patient souffrant de pathologie alcoolique qui revient pour une énième hospitalisation. Au cours de l'entretien, nous aurons tendance à nous attacher à comprendre le pourquoi de la rechute et donc à nous centrer essentiellement sur le problème. En focalisant notre attention sur la rechute, nous risquons de faire de cela le moment le plus important, le moment clé de l'histoire alors que finalement les ressources du patient sont ailleurs. Pourquoi ne pas nous intéresser aux petits moments où le patient est resté abstinent ? Pourquoi être fasciné par les problèmes au point d'oublier d'exploiter toutes les ressources mises en œuvre dans les périodes d'abstinence ou de contrôle ? Cette recherche d'exceptions aux problèmes concerne également les personnes ayant vécu un grave traumatisme. Après avoir écouté l'évocation du traumatisme et la souffrance que cela génère, il nous paraît important d'orienter l'entretien vers les moments où le sujet a l'impression de vivre comme les autres, les moments où il n'est pas submergé par l'angoisse.

Explorer les exceptions, les moments où le symptôme ne se produit pas, nous mènera aux ressources dont le patient dispose. Il est plus facile de faire en sorte que quelque chose qui se produit déjà puisse se reproduire et augmenter. S'intéresser aux moments d'exception, aux problèmes, contribue à augmenter l'estime que le patient a de lui-même et facilite la construction d'une relation de coopération

avec nous. Il s'agit comme le dit Insoo Kim Berg de « faire plus de ce qui marche ».

Noter les changements survenus avant la première séance : nous considérons que la thérapie commence lorsque le patient décide de demander de l'aide, et que des changements ont pu avoir lieu entre le moment où le patient a appelé pour prendre rendez-vous et la séance. Il est important de poser les questions qui mettent en lumière tout changement avant de se rendre au premier rendez-vous (exemple ; le patient alcoolique qui a commencé à diminuer de lui-même sa consommation d'alcool).


Pourquoi ne pas commencer l'entretien par explorer cela « depuis que vous avez pris rendez-vous qu'avez-vous réussi à améliorer, même si c'est juste un peu ? ». Souvent nous serons surpris de constater que le patient a mis des choses en place pour lui-même, en utilisant les ressources déjà existantes.

Le recadrage : « les choses ne changent pas, change ta façon de les voir, cela suffit », Lao Tseu. Nous avons déjà insisté sur la nécessité de changer notre regard pour découvrir les ressources des personnes, les solutions qu'elles ont déjà développées. Cela ne suffit pas, il est également nécessaire de faire en sorte que le patient puisse aussi changer le sien afin de disposer d'un choix sémantique. Pour ce faire, le recadrage s'avère être une technique très précieuse. Selon P. Watzlawick, recadrer consiste à « *changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux « faits » concrets de la situation et qui va en changer le sens* ». Le nouveau sens proposé n'est pas plus vrai, plus juste que le précédent, il est plus adapté à la situation, plus utile pour la résolution des problèmes.

Pour effectuer un recadrage, il nous faut d'abord nous imprégner de la vision du monde de l'autre. L'influence exercée par le recadrage est directement liée à la qualité de la relation que nous établissons, cela suppose donc circularité de mandats, coopération, et relation de confiance. Un bon recadrage doit à la fois étonner l'autre et lui donner envie de s'en saisir pour changer. Si nous ne sommes pas affiliés à la personne, elle le rejettera purement et simplement.

Un recadrage peut être fait à trois niveaux différents : celui de la perception, celui du sens, et celui du comportement.

Au niveau de la perception : il s'agit d'un recadrage de point de vue. En centrant notre regard et notre questionnement sur les compétences du patient, sur



ses ressources, sur les solutions qu'il a déjà développées, nous l'amenons à le faire. Plus nous l'interrogeons en détails sur sa façon de faire, sur les contextes dans lesquels cela se produit, plus nous le complimentons, plus cette perception de lui-même prend corps. Cela n'annule pas les difficultés qu'il rencontre, cela le rend plus fort pour les régler.

Au niveau conceptuel : il s'agit de proposer d'autres interprétations à partir des mêmes faits perçus.

Au niveau du comportement : nous partons du principe que le comportement est une réponse adaptative au contexte où il se produit et que tout comportement recèle une intention positive ou remplit une fonction utile qui doit être révélée et préservée de façon à ce qu'un changement devienne possible (exemple de la personne qui signe la demande d'hospitalisation sous contrainte ; recadrer ce comportement comme témoignant d'une inquiétude pour le patient).

Au cours d'un entretien, nous procédons à deux types de recadrage :

Les petits recadrages nous servent à introduire des nuances dans le discours du patient (« je suis toujours déprimé », « en ce moment, vous vous sentez déprimé »).

L'autre type est le recadrage global qui se fait dans la conclusion de l'entretien. Le soignant résumera ce qui s'est dit en s'attachant à connoter positivement, c'est à dire « souligner ce qu'il y a de positif dans le fonctionnement du système ou dans le comportement du patient ».

Le recadrage permettrait donc d'avoir une autre lecture, une autre représentation du fonctionnement, c'est là toute son utilité.

Utiliser les échelles : il s'agit d'évaluer ce qui correspond à la perception par le patient de sa réalité ce jour-là, ce n'est donc pas un outil statique de calcul, mais cela nous permet de partir de la perception du patient. Il s'agit donc d'un outil subjectif que nous proposons au patient afin de l'aider à se repérer dans sa propre évolution. Par exemple, à la première rencontre le soignant peut demander au patient : « sur une échelle de 0 à 10, si 0 représente le moment où vous avez décroché votre téléphone pour prendre rendez-vous et 10 le moment où vous nous direz ne plus avoir besoin de venir, où en sont les choses aujourd'hui ? ».

Nous pouvons également utiliser des échelles que nous appelons de motivation ou d'espoir qui permettent de nous intéresser aux valeurs des per-

sonnes à ce qui est important pour elles : par exemple, « sur une échelle de 0 à 10, si à 0 vous n'avez aucun espoir que les choses s'arrangent pour vous, et si à 10 vous êtes sûr que les choses vont s'arranger, où en est votre espoir aujourd'hui ? », « Qu'est-ce qui devra changer pour que vous soyez à $x+1$? ».

Cet outil peut également être utilisé de façon relationnelle :

Soit le patient est seul, et l'échelle permet de faire intervenir d'autres membres de la famille « sur une échelle de 0 à 10, si 0 correspond au moment où vous avez pris rendez-vous et si 10 correspond au moment où vous n'aurez plus besoin de venir, où est-ce que votre mère dirait que les choses en sont aujourd'hui ? ».

Soit la famille est avec le patient à l'entretien, et nous pouvons alors demander à chacun son évaluation, puis leur demander de discuter les différences montrées. Nous pouvons aussi demander à un membre de la famille de dire ce que dirait l'autre et cette fois devant celui-ci. Ce type de questionnement amène les membres de la famille à méta-communiquer sur leurs relations, c'est à dire communiquer sur la façon dont ils se perçoivent, sur la définition de leurs relations. Cela conduit également chacun des membres de la famille à mettre en avant les aspects positifs de leurs relations et donc les aspects positifs d'eux-mêmes, puisque nous sommes dans ce qu'ils sont capables de faire et non dans ce qu'ils ne peuvent pas faire. Cela permet de travailler avec les ressources de la famille.

Cet outil permet également au thérapeute de partir des objectifs du patient, et non des siens.

La question miracle : il s'agit de projeter le patient vers un état futur, lorsque le problème serait résolu, amener le patient à se projeter dans l'avenir.

« Maintenant, je veux vous poser une question un peu différente. Vous devrez pour cela utiliser votre imagination. Imaginez que vous rentrez chez vous après la séance d'aujourd'hui et que vous allez vous coucher ce soir. Pendant que vous dormez, un miracle se produit et le problème qui vous a amené ici est résolu. Etant donné que vous dormez, vous ne savez pas que ce miracle se produit. D'après vous, quel sera demain matin le premier signe qui vous fera dire qu'un miracle s'est produit dans la nuit et que votre problème est résolu ? ».

Ce qui est étonnant c'est que le patient utilise souvent des images réalistes, détaillées et réalisables dans le contexte de sa vie. Comme avec les exceptions aux problèmes, l'accomplissement du « miracle » relève de la compétence du patient.

Le génogramme solutionniste : la construction est identique à celle du génogramme, mais les objectifs du thérapeute sont différents, puisqu'il choisira de s'intéresser aux transmissions générationnelles des ressources et des méthodes de survie.

Toute famille possède des ressources et trouve des solutions aux divers problèmes qu'elle rencontre dans son parcours existentiel même si de prime abord, ces solutions ne paraissent pas les mieux adaptées. C'est en tout cas ce qui a été transmis.

L'objectif de cette orientation du génogramme consistera à :

- Aider le patient à mettre en évidence toutes les ressources que sa famille a déjà pu utiliser pour dépasser les difficultés existentielles. Le thérapeute mettra en relief avec le patient toutes les solutions que la famille et chacun de ses membres ont pu apporter aux problèmes qu'ils ont réussi à résoudre.
- Insister sur les valeurs positives dont il a hérité du passé familial et qu'il peut alors modéliser pour son propre compte dans le futur. Le thérapeute propose au patient de rechercher quelles sont les valeurs qui caractérisent sa famille et dans lesquelles il peut puiser l'énergie nécessaire pour lever les obstacles qu'il rencontre sur son chemin (anecdotes, légendes familiales, etc...).
- Introduire l'idée que l'on n'est pas forcément la « victime » passive d'une situation, mais qu'on peut développer ses capacités d'en sortir en recourant à la sémantique de la « survie ».
- Instaurer une dynamique de changement en sensibilisant le patient à ses multiples possibilités de choix de solution.

CONCLUSION

L'héritage des pratiques dans le domaine de la psychologie, de la psychiatrie, du social, nous ont « empêchés » de nous intéresser aux compétences et aux ressources du patient et de son entourage. De nouvelles théories, comme la thérapie systémique et la thérapie brève, et de nouveaux concepts tel que la résilience nous ont amené à changer notre regard. Il s'agit d'inclure et non d'exclure un concept à un autre. Les deux approches sont complémentaires, et il est important de ne pas être rigide dans l'une ou l'autre. S'attacher à repérer les ressources et les compétences implique que le thérapeute se soit d'abord intéressé aux problèmes, qu'il ait pris le temps d'écouter le patient évoquer son traumatisme. Si nous ne nous intéressons qu'aux ressources, le patient aura l'impression de ne pas être entendu, de ne pas être autorisé à évoquer son vécu traumatique.

Il est donc nécessaire de laisser au patient un espace d'expression de son vécu douloureux.

Orienter le travail avec le patient autour de ses ressources et de ses compétences, lui permet, à notre avis, d'entamer un processus de résilience. Le traumatisme, même s'il reste inscrit à tout jamais, comme « un tatouage », n'empêche pas le sujet de mobiliser ses capacités pour « vivre mieux » et non y rester soumis. L'individu ne sera pas que « victime » qui subit, mais pourra être acteur de sa résilience. Cependant, pour qu'il puisse mobiliser les ressources qu'il détient et utiliser ses compétences, il faut qu'il ait rencontré dans son environnement des « tuteurs de résilience » sur lesquels il a pu s'appuyer à un moment donné. C'est là que peuvent se situer parmi d'autres les thérapeutes.

C'est dans cette rencontre et ce tissage du lien que le sujet souffrant pourra survivre avec son traumatisme, et mobiliser ses capacités pour vivre.

BIBLIOGRAPHIE :

Anaut M. (2004) : *La résilience en situation de soins : approche théorico-clinique*, Recherche en soins infirmiers n° 77.

Ausloos G. (1995) : *La compétence des famille*, Erès, Toulouse.

Beauzée N., Cabié M.C., Lelevrier-Vasseur A., Rybak C. (2002) : *L'entretien infirmier en santé mentale*, Erès, Toulouse.

Cyrułnik B. (1999) : *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris.

Delage M. (2004) : *Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ?* Thérapie familiale, vol.25, n°3, pp. 339-347.

Elkaïm M. (1989) : *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Seuil, Paris.

Isebaert L., Cabié M.C. (1997) : *Pour une thérapie brève*, Erès, Toulouse.

Minuchin S. (1979) : *Familles en thérapie*, Delarge, Paris.

Watzlawick, P. ; Helmick Beavin, J. ; Jackson, Don D. (1972) : *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil.