

« A propos d'une Écoute active où le « lâcher prise » révèle au patient ses propres potentialités créatrices et thérapeutiques ». - Auto-hypnose et psychothérapie –

**Dr Patrick Bantman Psychiatre des
hôpitaux - Saint Maurice 94410**

Parfois, nous devons lâcher prise....

« Lâcher prise ne veut pas dire renoncer. Au contraire, cela signifie progresser, se libérer de poids inutiles et parfois même changer notre façon de percevoir les choses. Certaines personnes ont besoin de toujours tout contrôler. Ils n'acceptent pas leurs limites et perçoivent le lâcher prise comme une véritable faiblesse ».

Le lâcher prise et la pratique soignante font-elles bon ménage ?

J'ai exercé pendant de nombreuses années les fonctions de chef de service et de chef de pôle dans un grand hôpital psychiatrique.

Cela n'a pas grand rapport avec « le lâcher » prise, me direz-vous ?

Cependant plusieurs choses m'ont aidées et permis de tenir, avant d'en arriver moi-même à me former à l'hypnose et découvrir que le « lâcher prise » pouvait avoir un impact thérapeutique.

Ces choses sont le fait de renoncer d'abord à tout contrôler comme c'est classique quand on exerce des fonctions de responsabilité.

Une certaine confiance dans l'institution et ce que j'appellerai la psychiatrie communautaire et relationnelle (Jacques Hochmann) dans laquelle le soin s'organise au plus près des lieux de vie et de l'environnement du patient, m'ont été bien utile .

Je dois dire que cela ne pas trop mal réussit et éviter de pratiquer une psychiatrie coercitive qui se remet progressivement en place aujourd'hui.

Dans le cadre de cette pratique hors les murs dans la cité, il faut laisser au patient en particulier psychotique le temps de s'approprier les espaces de temps, hors des soignants et de la structure totalitaire de l'hôpital.

Cela ne suppose pour nous ni dilution de nos interventions, ni d'assumer une position de retrait, mais au contraire une participation active, avec prise de conscience de la réalité vécue par le patient dans son cadre de vie .

L'ensemble des multiples possibilités relationnelle (activités de club en ville, accueil en CATTP, séjours thérapeutiques, référents soignants fixes, psychothérapie...) trame le milieu de vie qui permet au patient psychotique de vivre socialement. Les soignants sont souvent les garants de la permanence de ce réseau relationnel, et apportent à la famille un soutien.

Il nous a fallu aussi concevoir nos approches avec d'autres équipes intervenant avec des concepts et une finalité différente mais complémentaires (SAVS, SAMSAH...).

Un effort de clarification et de lâcher prise du patient est indispensable pour que les équipes puissent se rejoindre et concevoir leurs interventions réciproques et complémentaires.

Travailler avec les familles des patients a été une pratique qui a facilité aussi ma tâche dans le cadre de « l'alliance thérapeutique » qui pouvait se mettre en place.

Ainsi insatisfait de l'enseignement universitaire et à la recherche d'approches pouvant m'aider dans ma pratique, je me suis très tôt tourné vers l'approche systémique et la thérapie familiale. J'y ai découvert la dimension de l'interaction et de la relation au sein des familles, ce qui m'a permis de découvrir une pratique créative ouverte sur l'environnement et le plaisir de partager en équipe et en cō-thérapie la rencontre thérapeutique avec la famille. Travailler avec la famille dans le soin psychiatrique, c'est leur redonner une place dans le cadre du soin au patient et accepter de prendre en compte le cadre de vie du patient dans son environnement.

Je peux déjà parler de lâcher prise, par rapport à l'emprise du patient exercée par l'institution, surtout à l'hôpital, et aussi pointer le fait qu'évoquer la notion de système évolutif avec la famille, remettait déjà en cause la question du pouvoir, tel que j'aurai dû l'exercer.

Mais aussi la réalité de ce plaisir partagé de travailler comme thérapeute avec mes collègues de la thérapie familiale et de partager des moments de convivialité. C'était la niche comme je l'appelai, bien à l'abri de l'autorité où des contraintes administratives. Ça m'a permis de supporter tout le fardeau de la responsabilité hospitalière..

Je parlerai à ce niveau d'« écoute active » pour définir ce positionnement.

L'écoute active est un concept développé à partir des travaux du psychologue américain Carl Rogers [1] mais également en référence à Sandor Férenczi. Elle est également nommée écoute bienveillante.

Initialement conçue pour l'accompagnement de l'expression des émotions, elle est opérationnelle dans les situations de face-à-face où le professionnel écoute activement l'autre. Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur. L'écoute active est plus fine que la reformulation, en ce qu'elle ne se limite pas à dire autrement ce qu'une personne vient d'exprimer, mais de décoder la dimension affective généralement non verbalisée.

- Exclure ses propres idées préconçues et toute tentative d'interprétation,
- Adopter une attitude physique de disponibilité,
- Laisser autrui s'exprimer sans l'interrompre,
- Le questionner (questions ouvertes),
- L'inciter à préciser le cours de sa pensée, lorsqu'elle est imprécise ou trop générale,
- Lui donner de nombreux signes visuels et verbaux d'intérêt,
- Reformuler ses propos avec ses propres termes, puis avec les nôtres,
- Pratiquer des silences,
- Témoigner de l'empathie, et confirmer sa bonne compréhension.
- Rester neutre et bienveillant.

C'est devenu assez vite mon credo même si à l'époque je n'aurai pas pu le définir, ce que j'étais en train de mettre en place dans l'institution où je travaillais.

L'écoute active peut s'associer à un certain laisser faire, un peu contradictoire avec les notions de « conduite à tenir » ou de protocole. J'en donnerai un exemple.

J'ai toujours été sensible à la question des interactions entre patients et comment ceux-ci pouvaient s'apporter un soutien souvent non repéré au sein de l'institution où est privilégié le travail soignant.

Je me rappelle certaines situations difficiles avec des patients en phase agressive. Dans une situation, je me trouvais en réunion, avec un patient très agité... Quand soudain un autre

patient intervient. *“Laissez-moi faire !”* me dit-il juste avant de rejoindre Monsieur T. Délicatement ensuite il prend ses bras, discute avec lui à voix basse puis le fait reculer. Dois-je le laisser ainsi intervenir ? Est-ce son rôle ? Ne se met-il pas lui-même en difficulté ? Les questions bourdonnaient dans mon esprit surchauffé et je ne savais plus que faire ? Non, ce n'est pas sa place. Et que lui dit-il ? Ne risque-t-il pas d'aggraver la situation ? Alors nous le laissons faire. Je suis rassuré par la présence d'infirmiers mais néanmoins inquiet de la tournure de la situation. Nous restons à proximité, silencieux observateurs, et ne bougeons pas quand notre *“patient-soignant”* raccompagne Monsieur T dans sa chambre où ils discutent pendant près de trente minutes, sans nous. ...” Monsieur A., notre sauveur, est sorti ensuite de la chambre. D'un clin d'oeil il nous dit que Monsieur T. va mieux. Une infirmière présente le remercie chaleureusement avant de rejoindre notre malheureux patient apaisé pour échanger longuement avec lui à l'occasion d'un entretien infirmier.

Monsieur A. a été pour nous un patient ressource, d'une grande aide. Autant pour nous que pour Monsieur T. Je découvrais que chaque patient peut être ressource. Au sein même du groupe qui souvent s'autogère, il y a une entraide, une solidarité, que nous ne voyons pas toujours mais qui existe certainement. Ensuite, entre les patients et les soignants se crée avec le temps un lien fort qui les invite parfois à nous venir en aide quand nous sommes en difficulté, en réponse à notre bienveillance à leur égard. Evidemment, nous n'attendons ni aide ni remerciement, mais quand vient cette aide sincère, alors, si nous en avons besoin, prenons là.

Parfois, nous devons lâcher prise, et accepter de nous adapter à une situation nouvelle et différente de ce qui se passe habituellement. Surtout si elle va dans le sens du soin et de la relation, mais aussi du climat au sein du groupe et avec les soignants. Alors NOUS DEVONS LAISSER FAIRE...”

Depuis, *CETTE HISTOIRE ET BIEN D'AUTRES ENCORE ...*

J'ai appris un peu à lâcher prise.

Quelques années avant que je prenne ma retraite il m'a été proposé une formation en Hypnose Ericksonienne qui m'a aussi beaucoup aidé.

L'hypnose moderne est largement issue de la pratique du thérapeute Milton Erickson, autant qu'elle est éloignée de l'image populaire renvoyée par l'hypnose de spectacle. Son objet est notre inconscient, et son objectif d'identifier et actionner les leviers inconscients permettant le changement.

Quant à elle, l'autohypnose vise à *“trouver des clés d'intervention facilement utilisables pour soi-même”*.

Là nous devons apprendre au patient à lâcher prise, et cela a aussi beaucoup d'impact sur le thérapeute.

L'autohypnose c'est un enseignement du lâcher prise. On apprend à lâcher mentalement avec une participation corporelle. Il permet d'aider le patient à retrouver une sérénité.

Depuis cette formation, j'ai un peu appris à l'utiliser chez les patients, mais également sur moi-même ce qui est radicalement nouveau dans mon parcours professionnel ;

Plusieurs patients ont ainsi retrouvé beaucoup de leurs potentialités dans le cadre de cette pratique, qui je dois bien le dire m'apporte aussi beaucoup de bien-être .

Je ne connais pas l'accueil familial thérapeutique et j'ai peu d'expériences mais la seule vraie expérience ça a été à propos d'un patient que j'ai découvert quand je suis arrivé à Esquirol.

L'Accueil Familial Thérapeutique, un monde à part ?

Ce patient s'y trouvait déjà depuis de très nombreuses années et était abandonné comme le sont beaucoup de patients dits chroniques qui ont souvent échoué et fait échouer tous les efforts thérapeutiques et les projets alternatifs.

A cours d'idées et de projets, et aussi parce qu'il existait une équipe de PFT dans l'hôpital et que je voulais essayer d'y introduire mon patient, nous avons eu la bonne surprise d'y voire accepter notre patient et surtout de le voir se transformer. Je remercie Christian Roche de ces quelques éléments pour me rafraîchir la mémoire

M. B Élevé par sa Grand-Mère Parents absents

Il a été confié à l'hôpital dès ses 16 ans. Vie marginale, isolé, sans lien social même dans l'unité où il fait partie des murs. Vie sans relief. Absent du monde qu'il semble ne pas voir.

Au début de l'AFT. Contact pauvre. Verbalisation stéréotypée. Voie fluette aiguë.

Famille d'accueil est un homme haïtien vie seul ou presque. Une femme apparaît de temps en temps' découverte de l'équipe AFT et un jour débarque une autre femme haïtienne l'officielle qui découvre avec catastrophe que la vie promise ne correspond pas à celle qui lui a été vendu.

Pendant ce temps Mr s'installe dans la vie montrant des compétences et des capacités sociales insoupçonnées. Il fait aussi des frasques. Un jour un voisin vient se plaindre que l'accueilli chante et danse nu sur le balcon.

Un autre jour, il dévore en qq instant là totalité du rôti du déjeuner alors que la famille d'acueil est au téléphone. Il lui arrive également de vider de façon gloutonne le contenu du frigo lorsqu'il est seul à la maison.

Cahin caha cet homme qui n'était pas sorti de l'asile depuis des années nait et montre un intérêt pour le socius insoupçonné par tous.

Le patient a réappris à vivre sans les soignants, à exprimer ses désirs, à vivre des émotions et des relations enrichissantes au contact des autres .Il a su abandonner rapidement ses défenses psychotiques pour vivre en harmonie avec la famille d'accueil. On parlerait de déstigmatisation, ou de désinstitutionnalisation, moi je parle d'un retour à la vie après l'hôpital.

Et comme le dit l'argument, l'absence du regard soignant y est pour quelques choses sans doute « *Le laisser reprendre contact avec le quotidien hors de notre regard* ».

Lui laisser la possibilité d'un espace de soin non classique... Lui laisser le choix d'un lieu où les soignants n'y sont pas... S'apercevoir que ce lieu ordinaire peut être soignant. Le remettre dans la vie... Accepter que notre discipline ne puisse rien de supplémentaire Et puis.... Peut-être... Lâcher le traitement... le réduire progressivement Lui laisser la capacité de retrouver ses compétences, simplement Et bien sûr on accompagne le patient, TOUT CELA Y EST PROBABLEMENT POUR QUELQUE CHOSE ...

Patrick BANTMAN