

Pratiques des thérapies brèves en tant qu'interne de psychiatrie:

Sommaire

Introduction

Un cas de Géphyrophobie

Thérapie narrative et TCA

Introduction

Cas clinique

Apport du narratif

Perspective

Réflexion autour d'un outil thérapeutique

Introduction: genèse

Exercice

Limites

Apport des thérapies brèves

Conclusion

Conclusion

Introduction

J'ai initié la formation d'hypnose et de thérapies brèves après avoir effectué un an en tant qu'interne de psychiatrie. Lors de cette année j'ai été confronté à un éventail assez large de la psychiatrie, et de nombreuses fois je me suis heurté à mon impuissance face à certaines situations. Cette impuissance est en partie explicable, il est vrai, par mon manque d'expérience d'alors, mais également par le constat que mes compétences "scientifiques" et médicamenteuses n'étaient pas suffisantes pour répondre à ces situations. Bien souvent nous apprenons l'aspect clinique d'une pathologie psychiatrique mais il en était oublié la clinique de la relation, et notamment des relations pathologiques que peut voir chez un individu avec son environnement et celles-ci expliquaient pour beaucoup les troubles que l'on pouvait observer. La seule réponse possible alors était un traitement médicamenteux dont on percevait rapidement l'inefficacité. Au cours de ces trois ans j'ai pu acquérir différentes techniques et outils thérapeutiques qui m'ont été d'une grande aide dans mon activité mais j'ai également pu appréhender une réflexion plus profonde sur l'individu et sa relation aux autres et à son environnement. Cette réflexion a enrichi ma vision de la psychiatrie et m'a offert davantage de possibilités dans ma pratique. Je vais rapporter ici trois exemples de ma pratique, en premier: un cas de phobie, en deuxième: un cas de TCA, et pour finir une réflexion sur un exercice thérapeutique.

Un cas de Géphyrophobie

Il s'agit du cas d'une patiente qui m'a été adressée en consultation pour la prise en charge d'une addiction à l'alcool et avec qui l'approche des thérapies brèves stratégiques a pu apporter une aide dans la prise en charge de l'alcoolisme de cette patiente.

Il s'agit d'une patiente d'environ 55-60 ans, que nous appellerons Mme R. Mme R avait été hospitalisée quelques semaines auparavant en psychiatrie sur l'insistance de sa famille très inquiète des troubles du comportement et des multiples mises en danger (notamment de conduite en état d'ivresse) que présentait Mme R. L'hospitalisation n'avait duré que quelques jours, il n'avait pas été retrouvé d'élément orientant vers une quelconque pathologie psychiatrique, mais il avait été en revanche bien souligné la question des consommations et de l'addiction ce que Mme R niait, minimisant largement ses troubles. Il avait été noté chez cette patiente une tendance à un certain nomadisme médical, avec de multiples suivis initiés chez plusieurs psychiatres et psychothérapeutes d'orientation différente. Ces suivis n'avaient parfois pas duré au delà de la première ou deuxième consultation, et se situaient plutôt dans une démarche de patient « plaignant » à la recherche d'une solution magique à des problèmes qu'il était difficile à première vue de définir et qui ne correspondaient pas au problème d'alcool. Il lui a donc été suggéré par les médecins, soutenus par la famille d'entamer un suivi en addictologie. C'est donc dans ce contexte que cette patiente m'a été adressée.

J'ai donc réalisé un suivi ambulatoire « classique » à l'instar des demandes que je peux avoir, mais également travaillé le mode de fonctionnement de ses consommations par une approche de type thérapie brève.

Lors de la première consultation, bien que dans le déni et minimisant largement les troubles des conduites et leur porté, Mme R évoqua longuement les problèmes d'addiction et leurs origines (réelles ou supposées). Elle présentait une consommation d'alcool, principalement de vin, importante qu'elle justifia par le fait de prises au cours des repas. Il s'avérait effectivement qu'il y avait dans sa famille une consommation régulière mais faible de vins accompagnant chaque repas. Mais l'on retrouvait également des prises massives d'alcool non régulièrement et qu'elle pouvait décrire comme principalement à but d'anxiolyse, précédant des situations perçues comme potentiellement dangereuses.

Par la suite je lui suggérai dans un premier temps de faire le calendrier de ses prises d'alcool

de manière à pouvoir quantifier les consommations. Ce calendrier fut réalisé avec application, et rapidement on retrouva sur celui-ci une relative normalisation des consommations correspondant aux consommations dont elle avait l'habitude en famille. Cette normalisation des consommations, que l'on peut supposer en partie sur les injonctions familiales, a pu également se faire au prix d'un évitement des situations jugées anxiogènes.

Mme R me décrivit en détails ces situations au cours desquelles elle craignait d'être débordée par son angoisse, celle-ci se manifestait principalement au cours de la conduite automobile, et plus particulièrement sur les autoroutes, voies expressives et sur les ponts.

Elle me décrit le début de ses phobies, comme si cela avait eu lieu la veille. Celles-ci avaient commencé lorsqu'elle dut se rendre à l'enterrement d'un ami à St Malo accompagnée de ses proches (ils étaient 4 dans la voiture), et pour s'y rendre en voiture, elle dut emprunter la voie expresse. Elle me décrit la pensée qui l'assaillit alors : elle avait la responsabilité de 4 autres personnes, et si elle faisait un écart ou pire perdait connaissance elle ne pourrait pas réagir et provoquerait un accident. Elle pu cependant conduire au retour, et également les jours suivants. Ce type de pensées, l'idée de perte de contrôle alors que l'on a une responsabilité, l'envahit également à d'autres moments, elle me raconta également comment lors d'un baptême, où elle dut porter l'enfant baptisé, il lui traversa l'idée qu'elle pouvait perdre connaissance et le laisser tomber, idée qui généra une anxiété importante.

La situation évolua au fur et à mesure des années de manière défavorable de sorte qu'elle fit plusieurs crises d'angoisse en prenant sa voiture, crises qui ont nécessité parfois qu'elle s'arrête et que quelqu'un vienne la chercher. La situation au moment de l'hospitalisation était la suivante : il lui était impossible de prendre le volant et bien plus encore de s'engager sur une autoroute ou un pont de crainte de faire une crise d'angoisse donc de peur d'avoir peur. Cette crainte était contrôlée par des prises d'alcool (parfois importantes), lui servant de traitement anxiolytique.

Après avoir bien exploré ce problème je lui proposais dans un premier temps (à la première ou deuxième séance) de noter ce qu'elle pouvait ressentir au moment de ses crises d'angoisse sur un carnet, ce qu'elle fit correctement. L'exercice se montra peu concluant, les crises continuaient de manière identique, et elle ne perçut pas de changement.

La patiente resta cependant dans l'alliance et accepta les tâches suivantes. Il lui fut proposé à la troisième séance la tâche de la demie heure du pire : elle dut, chaque jour et à heure fixe, se concentrer sur toutes les pires choses qui pouvaient lui arriver et ce pendant une demie heure montre en main. Cette tâche eu un effet conséquent, elle la réalisa de manière assidue chaque jour, et me rapporta qu'elle en avait rapidement eu marre et qu'elle n'était que peu angoissée pendant cette demie heure. Mieux elle put repérer que bien qu'elle pensait à toutes sortes de choses horribles à

aucun moment elle ne fit de crises d'angoisse, et paradoxalement, bien qu'elle aurait dû être davantage anxieuse pendant la journée (du fait de cette demie heure), elle avait tendance au contraire à être moins angoissée.

Au cours du suivi, elle me rapporta un épisode particulier qui lui montra le fonctionnement de sa peur : elle me décrit une crise d'angoisse particulièrement violente en voiture à l'approche du pont de St Nazaire, telle qu'elle dut s'arrêter sur le bas côté ne pouvant conduire et passer le pont. Elle ne put le faire qu'après la crise passée, et me décrit la scène dans ces termes : « cette crise était horrible », je lui fis remarquer qu'elle put quand même passer le pont et je lui demandai alors quelle avait été la pire des choses et ce qu'elle craignait le plus : la crise d'angoisse ou la peur de passer le pont.

A l'issue de cette séance, alors qu'elle s'apprêtait à repartir chez elle conduite par son mari, je lui proposai qu'elle prenne le volant et qu'elle conduise jusqu'à chez elle (elle devait passer la Loire et 2 ponts), nous discutâmes des ponts à passer et convînmes qu'elle passerait par le pont des 3 continents (le pont le moins anxiogène) avec la possibilité de laisser le volant à son mari. Elle réussit à réaliser l'exercice.

Je ne pus la revoir qu'un mois plus tard, cette interruption avait malheureusement un peu cassé la dynamique de changement, et les vieux réflexes étaient revenus de plus bel. Nous avons reparlé de la crainte des ponts et de ce que cela pouvait provoquer chez elle, je lui reparlai alors de ce qu'elle m'avait raconté à propos de son anecdote sur le pont de St Nazaire. Elle convint que l'angoisse avait été terrible et avait dépassé la crainte même de passer le pont. Je lui proposai la tâche suivante: elle devait rentrer chez elle en voiture, prendre le volant et au premier pont s'arrêter sur le bas côté (ou ailleurs) et provoquer une crise d'angoisse. La patiente m'exprima son incrédulité face à cette demande mais accepta l'exercice. Je ne pus malheureusement pas la revoir en consultation par la suite du fait des changements de stages.

L'intérêt de cette approche est qu'elle a permis d'apporter quelque chose de nouveau à cette patiente et de lui faire intégrer le fait que ce qui la mettait en difficulté était sa crainte d'avoir peur. Cependant le succès reste limité, les conduites d'évitement persistaient. Les conditions n'ont pas pu être optimales concernant le suivi de cette patiente ce qui a largement compliqué la thérapie.

Chez cette patiente l'apport des thérapies brèves a apporté une grande aide. En premier lieu, l'abord de la problématique phobique aurait été plus difficile et se serait probablement limité aux symptômes de l'angoisse et non de son fonctionnement. De plus certaines des tâches thérapeutiques se sont montrées efficaces, et ont pu faire intégrer que la peur n'était pas quelque chose sans limite. Sans cette approche on aurait pu se retrouver dans une

situation qui aurait pu paradoxalement favoriser le système phobique, par des actions ou des prescriptions qui auraient eu pour but de contrôler les situations anxiogènes par des moyens extérieurs à la patiente, renforçant le cortège des mesures contraphobiques inefficaces et potentiellement lourdes. Je pense que par cette approche, au moins la situation n'a pas été aggravée.

Thérapie narrative et TCA

Introduction :

Les troubles du comportement alimentaire s'inscrivent fréquemment dans des questions plus larges identitaires. Il est généralement décrit chez les jeunes patientes présentant des TCA et notamment une anorexie restrictive un désinvestissement corporel, émotionnel et environnemental compensé par un envahissement de la vie psychique par le trouble avec tout un cortège de symptômes (obsessionnels etc). Cet envahissement de la vie psychique des patientes fini par devenir une part de leur identité, ce qui complique alors la prise en charge. On voit régulièrement certaines patientes brandir la maladie comme un étendard (« je suis anorexique ! »), ou parfois craindre de ne plus se reconnaître sans (« j'ai peur de ne plus être moi-même sans la maladie »). La maladie se chronicisant, il arrive que certaines patientes ai été plus d'années souffrantes d'anorexie que indemne de ces troubles, ceux-ci devenant parfois alors une part importante de leur histoire.

Dans ce cadre, plusieurs outils sont utilisés de manière à permettre une externalisation du problème, c'est notamment par le biais de questionnement sur la maladie que l'on retrouve dans les approches narratives, ou encore les tâches thérapeutiques comme par exemple la lettre à l'anorexie. Ce travail est réalisé relativement tôt dans les prises en charge des patientes anorexiques (sous différentes appellations ou modalités). En plus de cette identification à la maladie, il existe parfois une certaine passivité face au trouble, les patientes se sentant victime d'une sorte de "malédiction", et empêchant ces patientes de redevenir actrices de leur vie.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente de 34 ans qui avait été amenée à consulter en addictologie poussée par son médecin traitant inquiet devant la dégradation de l'état de santé de sa patiente. Rapidement il avait été décidé une hospitalisation dans le service.

Cette patiente présentait une anorexie restrictive dite « pure », sans conduite de boulimie ni de vomissement, ni de conduite de purge à type d'usage de laxatif ou de diurétique. Il n'y avait pas

non plus de conduite d'hyperactivité physique. A l'anamnèse, on retrouvait un début des troubles à l'adolescence au moment d'une séparation de la jeune fille avec ses parents lorsqu'elle dut suivre sa scolarité en internat. Elle rapportait alors des grosses difficultés à manger dans la semaine dues à l'angoisse et une alimentation normale le week end. Par la suite les difficultés alimentaires se chronicisèrent avec une restriction alimentaire apparaissant peu à peu et un amaigrissement se stabilisant au cours des années et fluctuant au gré des événements de vie. Ce n'est que deux ans avant l'hospitalisation que la situation se dégrada par la survenue d'une pancréatite aiguë d'origine lithiasique qui fit s'aggraver les symptômes alimentaires. En effet suite à cet événement les conduites restrictives s'amplifièrent avec l'augmentation des évictions de certains aliments dont elle jugeait être intolérante (gluten, etc.).

Cette symptomatologie s'inscrivait dans une histoire familiale pour le moins difficile, avec de nombreuses ruptures. Originaire du sud de la France, elle était la deuxième enfant du couple qui comptait 4 filles. Elle pouvait évoquer notamment le climat de violence intrafamiliale lorsqu'elle était enfant, et certaines injonctions parentales inadaptées notamment au niveau physique. La cellule familiale s'était au début de l'âge adulte largement délitée. La séparation des parents entraîna un vécu de « partage » des enfants que rapporte la patiente, mais aussi la sensation d'avoir été abandonnée par sa mère à l'issue de cette séparation (mère avec qui elle n'a plus de contact depuis malgré ses tentatives pour conserver un lien). Par ailleurs elle ne gardait plus de contact qu'avec l'une de ses sœurs dont elle avait réussi à rester proche. Sa sœur et quelques amis étaient ses seules relations sociales. Elle vivait dans un état d'isolement social et affectif depuis des années, son quotidien n'était ponctué que par son emploi de couturière où elle était en grande difficulté sur le plan relationnel avec les autres et ses réalisations vestimentaires qu'elle faisait pour son propre compte à domicile.

Les exigences de l'hospitalisation tant en terme d'alimentation que d'activités furent très difficiles pour cette patiente. Bien qu'elle avait totalement conscience de ses difficultés sur le plan alimentaire et sur son mode de vie, tout changement était très difficile. Il existait chez cette patiente une situation d'immobilisme dans les troubles et une franche tristesse justifiées par l'histoire de vie, elle était ainsi victime de son corps intolérant aux différents aliments, et victime de son histoire.

Apport du narratif :

L'évolution de cette patiente étant relativement limitée pendant l'hospitalisation, et les points d'accroches restreints, j'ai essayé une autre approche davantage narrative. Il ne me semblait pas nécessaire de m'orienter vers une externalisation dans la mesure où ce travail était déjà en cours par d'autres façons. En revanche ce qui m'interpella c'est l'impression que cette patiente « subissait » sa vie sans pouvoir avoir de prise dessus. J'optai alors pour une approche tentant de la rendre plus en contact avec ses valeurs dans l'espoir de la mettre davantage en position d'actrice de sa propre vie.

Je lui demandai dans un premier temps d'évoquer un souvenir où elle a pu prendre une initiative ou opter pour un changement dans sa vie. Elle évoqua sa décision de prendre le statut d'autoentrepreneur pour son activité de création de vêtements. Cette décision faisait suite à sa volonté de vivre de ses créations. Elle me décrivit sa deuxième activité en parallèle à son travail, qui consistait en la création de patrons et de vêtements. Elle commençait à pouvoir vendre ses créations, mais son emploi la limitait dans ses activités.

Je lui demandai alors comme elle avait fait pour se préparer à cette décision et ce qu'elle avait fait précédemment pour rendre cette décision possible. Elle m'expliqua qu'elle avait longuement discuté de ce projet avec ses amis et demandé leur conseil, réfléchi et pesé le pour et le contre. Elle m'expliqua également que son travail actuel se passait mal, qu'elle avait des conflits avec son employeur et qu'elle ne s'y plaisait pas, alors qu'au contraire elle retirait de la satisfaction à créer des modèles et des vêtements, et que ses créations avaient du succès et qu'elle arrivait à les vendre, bien que cette activité soit pour le moment balbutiante. Ce qui lui avait permis de prendre cette décision si importante étaient le plaisir qu'elle avait à créer et le succès qu'elle en tirait, mais surtout son envie de s'épanouir davantage.

Je lui demandai si elle pouvait nommer cette initiative, elle l'appela son choix/sa décision.

Je lui demandai qu'elle avait été les réactions de son entourage. Elle décrivit des réactions plutôt positives, ses amis étaient contents qu'elle ait pris une décision qui la rende épanouie et heureuse.

Je lui demandai qui dans son entourage n'était pas surpris de sa décision. Elle me désigna sa sœur. En effet celle-ci avait noté déjà ses talents de couturière, et elle la savait capable d'abnégation.

Je lui demandai alors de me raconter une histoire qui expliquerait que sa sœur ne soit pas surprise de sa décision. Elle me décrivit sa sœur admirant son travail et le soin et la minutie qu'elle mettait dans la création de ses pièces.

Je lui demandai qu'elle avait été le but de prendre la décision d'être auto entrepreneur. Elle me dit qu'elle souhaitait changer de vie en faisant ça.

Je lui demandai ce qui était important à ses yeux qui motiva cette décision. Elle me dit qu'elle souhaitait pouvoir décider de sa vie et de comment l'organiser, de créer des choses qu'elle aimerait et d'en retirer fierté et satisfaction, de passer davantage de temps avec ses proches.

Je lui demandai si elle avait par le passé pris une autre initiative en lien avec ces valeurs énoncées. Elle me répondit qu'elle avait tenté de maintenir les liens familiaux avec ses sœurs, elle avait réussi avec l'une d'elle, ce qui avait permis d'être très proche d'elle et de ses neveux.

Je lui demandai ce que ces deux anecdotes me disaient d'elle. Elle me dit que cela disait qu'elle était capable de changer des choses et qu'elle aimait ses proches et sa famille.

Je lui demandai alors quel nouveau pas, même minime pourrait-elle faire en lien toujours avec ces valeurs. Elle me dit qu'elle pourrait sortir à nouveau de chez elle pour profiter de la nature, ce qu'elle ne faisait plus.

Je lui demandai ce que les autres percevraient d'elle si elle sortait à nouveau de chez elle. Elle me dit qu'ils seraient contents de la voir mieux.

Je lui demandai alors ce que ça impliquerait. Elle me dit qu'elle pourrait compter davantage dans la vie de ses proches si ils la voient mieux moralement et avoir de meilleures relations avec eux.

Perspective :

Par la suite l'évolution de cette patiente en hospitalisation resta limitée, le poids stagnant. On nota cependant quelques efforts sur le plan alimentaire, par la réintroduction de certains aliments qu'elle avait arrêtés de consommer depuis plusieurs années. Néanmoins la situation de cette patiente resta précaire. La symptomatologie étant très ancrée et très ancienne, le fonctionnement de cette patiente reste difficile à modifier. On peut cependant espérer que cette tentative pour la faire redevenir actrice aura un peu aidé à un changement de perspective chez cette patiente et peut être l'aider à reconstruire une histoire de vie où elle n'est pas que la victime (de la maladie, des conflits familiaux, de son employeur etc), même si, ici le développement de la conversation narratif n'a pas été idéal (certaines des questions ne lui ont pas été posées et certaines étapes de la discussion n'ont pas été assez approfondies).

L'anorexie mentale est une pathologie qui reste difficile à traiter. Il n'existe aucune thérapeutique tant médicamenteuse que psychothérapique, ni conduite à tenir qui pourrait se prévaloir d'une efficacité supérieure aux autres. Bien souvent la réussite d'une prise en charge se fait par la multitude d'approches qu'elles soient familiales, corporelles, alimentaires etc. L'histoire et

l'image que les patientes se font parfois d'elle-même nécessite également d'être prises en compte et abordées. L'approche narrative est un outil qui se montre réellement intéressant permettant aux patientes de sortir d'une histoire personnelle où n'ont de sens que les événements négatifs pour pouvoir élargir la vision qu'elles ont d'elles-mêmes, et leur ouvrir d'autres possibilités (notamment des possibilités différentes de la maladie).

Réflexion autour d'un exercice à visée thérapeutique:

Il s'agit d'une sorte d'outil thérapeutique à l'état d'ébauche pour lequel je réfléchis à la pertinence et à la manière de le rendre utile et efficace. Cet exercice est plutôt utilisé dans le but de travailler l'estime de soi en partant des caractéristiques qui définissent une personne pour l'amener aux possibilités ou aux qualités que ces caractéristiques pourraient lui apporter ou qu'elle a déjà exprimées par le passé.

Introduction: genèse

L'idée même de cet exercice s'est faite un peu par hasard. A l'époque j'étais en stage dans une unité de pédopsychiatrie qui prenait en charge les enfants de 8 à 16 ans. J'avais dans mes patients une jeune anorexique de 14 ans. Elle souffrait d'une anorexie restrictive pure sans conduite boulimique. La prise en charge était compliquée par les difficultés rencontrées par la structure de soins qui avait perdu ses médecins (ceux-ci avaient démissionné), nous laissant relativement seuls moi et mon co-interne de l'époque (d'autres médecins étaient tout de même en charge des patients mais beaucoup moins présents et pas tous les jours). Face à cette patiente et à sa pathologie je me retrouvais assez impuissant n'ayant pas de point d'accroche. L'une de mes co-internes était interne de pédiatrie, elle avait eu à soigner par le passé plusieurs patientes anorexiques en service de médecine et me raconta que l'une d'entre elle avait intégré le fait d'être anorexique comme une identité personnelle et le revendiquait. Je me posai la question de savoir si c'était également le cas pour ma jeune patiente. Je proposai alors à la patiente, comme exercice, qu'elle trouve dix adjectifs pour se décrire. Je fus surpris par les adjectifs qu'elle me donna car aucun n'avait de rapport avec l'anorexie, certains étaient d'ailleurs assez inattendus. Un peu pris au dépourvu, je finis par lui demander pour chaque adjectif ce qui faisait qu'ils la définissaient et en quoi ils pouvaient être des qualités pour elle. Elle se prêta au jeu et ont pu développer certains de ses adjectifs et ce qu'ils impliquaient. Cette patiente sortit de l'hôpital au bout de plusieurs mois, et elle a pu dire que ce travail lui avait permis d'avoir davantage d'estime d'elle-même.

Par la suite j'ai eu l'occasion d'utiliser cet exercice chez d'autres patientes anorexiques, avec plus ou moins de réussite, notamment chez celles avec une faible estime d'elles-mêmes. Je ne l'ai pour le moment pas utilisé dans d'autres pathologies.

Exercice:

L'idée, c'est que la patiente puisse dresser une liste comprenant 10 caractéristiques/adjectifs (le nombre importe peu), neutres, la décrivant. On pourrait aussi demander "comment tu te décrirais, ou comment une personne qui te connaîtrait aussi bien que toi te décrirais à quelqu'un qui ne te connaît pas mais avec uniquement 10 adjectifs qualificatifs neutres".

L'étape suivante consiste, une fois dressée la liste, à faire correspondre à chaque adjectif une possibilité ou une qualité. La question souvent posée est à peu près la suivante: "En quoi cela pourrait ou a pu te servir?" ou "Qu'est ce que cela te permettrait de faire qui ferait que cela soit une qualité pour toi ?" ou encore "En quoi cela pourrait ou a pu être une qualité pour toi ?"

Exemple tiré d'un de ces exercices:

- Une patiente qui avait utilisé le terme "sensible", m'expliqua que malgré le fait qu'elle avait parfois du mal à gérer ses émotions, cela lui permet d'être à l'écoute de ses amis et être appréciée pour cette qualité d'écoute.
- Une patiente qui avait utilisé le terme "créative", me raconta qu'elle dessinait beaucoup, et qu'elle aimait inventer des choses, et que cela avait été une source d'intérêt pour ses amis mais également pour d'autres qui appréciaient ses créations, que cela lui avait permis de faire des rencontres qu'elle avait appréciées.
- Une patiente m'avait dit qu'elle se désignait comme "anxieuse", mais que cette anxiété l'a parfois poussée à travailler davantage et à vouloir toujours aller à fond dans ses études.

Dans l'idée une caractéristique n'est au départ ni bonne ni mauvaise, cela dépend davantage du contexte. L'esprit de cet exercice était de permettre aux patientes de sortir d'une vision très péjorative d'elles-mêmes, pour accéder à des exceptions positives où elles pouvaient exprimer des qualités, et arriver à une vision alternative d'elles-mêmes se substituant à celle d'être une malade ou d'être quelqu'un sans intérêt.

Limite:

Tel quel l'exercice est relativement simple à mettre en place. Il s'est montré quelques fois utile permettant une ébauche de travail par la suite sur l'estime de soi, probablement plus souvent il n'a été juste qu'une petite parenthèse hors du "monde du problème" pour les patientes. Parfois en revanche, cet exercice n'a pas eu l'effet escompté, et je me suis confronté à quelques échecs du fait des limites de cet exercice. Ces échecs sont probablement d'une part en lien avec le fonctionnement très rigide et enkysté des patientes anorexiques chez qui le changement est difficile à provoquer mais d'autre part également avec la façon de développer cet exercice:

-En premier lieu l'aspect simpliste de l'exercice qui risque de n'être que superficiel et creux dans un certain nombre de cas (surtout lorsque la patiente a du mal à se connecter à ces valeurs où ses exceptions).

-L'autre difficulté c'est de faire face à une description faussement neutre, avec des adjectifs dont on perçoit rapidement qu'il qualifie en fait un défaut chez une patiente.

-Par ailleurs, des situations de redondance (par exemple deux adjectifs qui ne peuvent déboucher que sur une même qualité) se sont souvent présentées, bien qu'elles ne soient pas forcément un problème, mais ces situations risquent de nous faire tourner en rond et perdre l'intérêt du patient.

-Une autre difficulté, c'est de se retrouver face à une caractéristique/adjectif non voulue par la patiente et qui ne correspond pas à l'une de ses valeurs (un défaut ou une qualité est parfois subjectif).

Certains adjectifs cités étaient d'emblée positifs ou correspondaient à une valeur importante pour la personne.

Apport des thérapies brèves:

La réalisation de cet exercice a évolué au cours des années, et s'est enrichi de nombreux apports des thérapies brèves. Les caractéristiques renvoient régulièrement à des exceptions chez ces patientes, où la maladie ne s'exprime pas, mais où la patiente s'exprime elle même. En se servant de ces exceptions trouvées il est possible d'initier un travail solutionniste ou de faire une séance d'hypnose autour d'une qualité importante de la patiente vécue dans le passé. L'aspect simpliste et

parfois creux a pu être largement dépassé parfois grâce à des tissages narratifs. Par ailleurs cet exercice peut être uniquement une porte d'entrée à un travail narratif permettant à la patiente de redevenir auteur de sa vie. En effet les caractéristiques/adjectifs s'ils sont passifs, peuvent s'intégrer dans une action de la patiente, et parfois revenir à nouveau sur le paysage de l'identité.

Pour finir, j'ai pu utilisé des recadrages de nombreuses fois dans ce type d'exercice, des recadrages qui ont été utiles pour permettre à la personne de percevoir d'autres perspectives et d'élargir son point de vue

Conclusion:

J'avais eu l'idée de cet exercice un peu par hasard avant de débiter la formation en thérapie brève, sans idée ou orientation théorique particulière. L'apport a été important pour permettre de mettre un cadre de réflexion sur ces pistes que peuvent nous donner les patientes. Même si cet exercice est parfois très basique, il peut être juste une base permettant d'introduire une approche narrative ou solutionniste avec ces patientes. Ce type approche avec des patientes ne s'exprimant pas facilement a pu permettre des ouvertures que d'autres approches de thérapies brèves permettent d'exploiter.

Conclusion:

J'ai présenté ici au travers de quelques situations qui illustre ma pratique au quotidien. De nombreuses fois je n'ai pas toujours osé utiliser l'ensemble de ces techniques comme tel, mais ma pratique a pu s'imprégner de ces thérapies, que ce soit dans les tournures de phrase ou le vocabulaire des questions que je pose, dans l'utilisation de recadrages, de métaphores etc, et ces thérapies m'ont influencé dans la relation aux patients et à leur clinique. Par ailleurs je ne considère pas ma formation comme finie, en avançant plus je considère qu'elle doit s'enrichir et se pratiquer (même si cela n'est pas toujours facile).