QUAND LA THÉRAPIE ÉCHOUE...

Vous vous sentez mal. Vous prenez le taureau par les cornes en consultant un psy. Ça ne va pas mieux. Est-ce toujours la faute du professionnel ? JEAN-FRANÇOIS MARMION

Dailyfresh Graphics

Il n'est pas si facile de parler d'échec en thérapie, pour la bonne raison que l'impasse de la prise en charge n'est pas toujours explicitement constatée ni discuté par les deux protagonistes : la thérapie s'arrête parfois avec la disparition d'un patient qui se volatilise dans la nature, en avertissant ou non, en s'expliquant ou pas. S'est-il éclipsé sous le coup de la déception ? Aurait-il voulu que les choses évoluent plus vite, moins douloureusement, avec un psy plus empathique, plus bavard (ou moins !) ? Ou s'est-il imprudemment cru guéri ? Libre au thérapeute d'en tirer les conséquences, et, s'il le désire, de relancer le patient. Ce dernier, du reste, peut de nouveau pointer le bout de son nez après quelques mois, ou quelques années.

Les limites du psy...

Comment une thérapie ne donne pas les résultats escomptés, voire tourne au fiasco ? La première raison qui se présente à l'esprit, c'est que le psy est incompétent, parce que mal formé ou en petite forme. La période initiale dite *« d'anamnèse »*, où le thérapeute prend connaissance des difficultés du patient et s'efforce de les contextualiser, de les comprendre, est cruciale, comme l'explique la psychologue et psychanalyste Michèle Declerck, qui a écrit notamment *Le Principe de précaution, ou comment rater sa vie en croyant la sauver* (L'Harmattan, 2014) : *« On voit venir un patient avec une certaine demande initiale que, quand on n'est*

pas futé ou expérimenté, on va prendre pour une demande tout court, et on va s'engager dans une thérapie qui n'est pas forcément indiquée. »

Une autre erreur d'appréciation est de présumer de ses compétences. On ne saurait être efficace avec tous les patients. Auteur de nombreux ouvrages dont l'iconoclaste *50 exercices pour rater sa thérapie* (Eyrolles, 2012), la *coach* Émilie Devienne insiste sur l'intérêt de la supervision, pour creuser ce qu'une situation thérapeutique peut réveiller chez le praticien : « *Pour une séance de* coaching, *j'ai un jour reçu une personne portant un parfum que je ne supporte pas, pour des raisons familiales. J'ai pensé : "Oh non ! Ce n'est pas possible ! Pas possible ! Je savais que je ne pourrais pas gérer le transfert. Je l'ai donc envoyée vers deux confrères au choix. C'était une limite, que j'ai d'ailleurs travaillée en supervision. Il est aussi arrivé qu'une personne, au fil d'un* coaching, *arrive soudain en séance avec ce même parfum. Le sang m'est tombé dans les chevilles !* »

Se pose alors la question du refus éventuel d'une prise en charge. « *Il faut pouvoir se permettre de refuser une thérapie ou une mission*, estime Émilie Devienne. *Je suis farouche là-dessus ! Mais il faut y aller* mollo *avec le client. Expliquer les choses, respecter, et se respecter. Dire tout simplement qu'on n'est pas la meilleure personne pour aider, et toujours, toujours, toujours proposer une solution alternative. Il m'est arrivé de mentir : comment dire à quelqu'un que je ne supporte pas son parfum !* » Refuser sans blesser le patient paraît sans doute la voix de la sagesse, mais encore faut-il disposer d'un carnet de rendez-vous suffisamment rempli. Et puis, il y a peut-être une autre solution, à la fois humble et bravache : considérer cette prise en charge difficile comme un défi, et une occasion de progresser. « *Les premières personnes surdouées que j'ai reçues, je n'y comprenais rien*, reconnaît Émilie Devienne. *Je me disais : "Pourquoi moi ?..." J'ai eu peur, mais je me suis dit : "Allez, Émilie, tu te sens d'attaque, tu es supervisée, vas-y ! J'y suis donc allée, dans une position de grande humilité, et je ne le regrette pas du tout.* » Mais attention : si le psy ou le *coach* se lance un défi, est-ce dans son intérêt, celui du client, ou les deux ? « *Notre identité de professionnels évolue avec l'âge et nos envies*, rappelle Émilie Devienne. *Il faut savoir si on prend un patient parce qu'on en a envie, ou parce que ça flatte notre ego. Et là, je ne suis pas sûre du résultat...* »

Il est impossible de faire alliance avec un paranoïaque. Il suffira d'un froncement de sourcils, pour que le paranoïaque estime le psy indigne de confiance.

Et du patient !

Outre les limites du thérapeute, il nous faut à présent explorer celles du patient, qui ne *peut*, ou ne *veut* pas aller mieux. Prenons les personnes dont l'état ne peut guère s'améliorer durablement, quelles que soient les compétences du psy. Pour Michèle Declerck, certaines contre-indications sont rédhibitoires de manière absolue : des sujets souffrant de troubles de la personnalité, notamment *borderline* ou *a fortiori* paranoïaques, peuvent être soutenus ou accompagnées, mais peut-on espérer les soigner ? « *Il est impossible de faire alliance avec un paranoïaque*, observe-t-elle. *Même s'il peut y avoir un transfert pendant la lune de miel, il suffira d'un signal très subtil, voire d'un froncement de sourcils de la part du psychologue, pour que le paranoïaque estime celui-ci indigne de confiance, incapable de le protéger contre le reste du monde. La thérapie peut se terminer de façon brutale !* »

Et les patients qui ne veulent pas aller mieux ? Le cas n'est pas si rare ! « *C'est ce qu'on appelle la jouissance de la plainte*, relate Émilie Devienne. *Certains se sont construit une personnalité doloriste, tout en jurant leurs grands dieux qu'il n'en est rien, et ont peur de ne plus être intéressants, de ne plus être aimés s'ils changent. Il leur arrive d'avoir un petit sursaut en entreprenant une psychothérapie, puis butent devant l'obstacle. Ils se donnent bonne conscience, puis triomphent : "J'avais bien dit que ça ne marcherait pas !* » Michèle Declerck cite l'exemple précis des procrastinateurs : « *Beaucoup d'entre-deux ont de grands projets, mais ne remplissent pas la première page blanche pour avoir le prix Nobel ! Ils consultent beaucoup plus pour témoigner de leur propre impuissance que pour la dépasser : être procrastinateur, c'est mieux que d'être paresseux ou n'avoir rien à dire ni à faire...* » Autre exemple, les patientes guéries de l'anorexie, et qui, selon Michèle Declerck, « *ont gardé des traits de caractère tels qu'ils constituent des barrières presque absolues à la thé-* »

>> *rapie. L'anorexique tire un certain prestige de son trouble, et n'est pas prête à renoncer à cette position. D'où une espèce d'arrogance et d'exigence disproportionnées par rapport à ce qu'on peut lui apporter.* » Sans parler des couples qui ne communiquent plus entre eux, souvent parce qu'ils se sont imprudemment et mal choisis, chacun allant voir son thérapeute uniquement pour signifier à l'autre qu'il fait les efforts nécessaires pour améliorer la situation...

Le patient veut parfois trop bien faire et, pour plaire à son thérapeute, décrit (sincèrement) une situation faussement améliorée.

Si Martin Winckler réécrivait *La Maladie de Sachs*, il faudrait par ailleurs un chapitre sur les patients qui s'automédiquent sur Internet, imagine Émilie Devienne : « *Si on regarde ça, comme avec un dictionnaire médical, on a toutes les maladies de la terre 24 heures sur 24.* » D'où certaines réflexions à propos des troubles ressentis : « *"De toute façon, je suis dépressive... Depuis que je suis petite, tout le monde me dit que je suis anxieuse..." Attention à ce vocabulaire galvaudé. Il s'agit de vraies pathologies, ce n'est pas pareil que de se faire du mouron.* » Et puis, il y a les patients qui vous font passer un examen : « *"Mais pourtant, j'ai lu dans le dernier Cyrulnik que..." Ce qui donne envie de leur répondre : "si vous êtes si malin, soignez-vous tout seul ! Ce qu'évidemment, on se gardera de dire...* »

Ainsi, gare aux fortes têtes, qui portent alors leur part entière de responsabilité, avertit Émilie Devienne : « *Le patient doit entreprendre la thérapie en toute bonne foi. S'il vient en touriste pour écumer plusieurs thérapeutes, s'il n'assume pas une certaine régularité, s'il ment, bien sûr que la thérapie va échouer. Qu'il se place lui-même en situation d'échec pour valider la croyance selon laquelle ça ne va pas marcher, qu'aucun psy ne peut l'aider, et d'ailleurs qu'il n'en a pas besoin, alors sa responsabilité est en cause. Il perd son temps et son argent.* »

Une thérapie réussie... ça fait mal !

Bien sûr, et c'est la majorité d'entre eux, il y a les patients qui pourraient, qui voudraient aller mieux... mais pour lesquels le changement s'avère très difficile. C'est que même dans une thérapie d'inspiration analytique, où l'on n'est pas censé définir des objectifs au départ, il faut s'inscrire dans une perspective de changement, d'après Michèle Declerck : « *La thérapie "allô maman bobo" ne fonctionne pas, le patient se lasse très rapidement parce qu'il a l'impression qu'on lui administre toujours la même potion, et sans résultats évidents. L'alliance thérapeutique se fait avec la part saine du patient, celle qui veut changer, et jouer le jeu malgré des résistances occasionnelles. Mais c'est une alliance pour quelque chose : pour changer. Pas de façon inconditionnelle.* » Seulement, changer en profondeur se fait rarement dans la douceur... Le changement représente toujours le saut dans l'inconnu (voir le dossier du *Cercle Psy* n° 15, « Peut-on vraiment changer ? »). On voudrait bien changer, mais sans trop d'efforts et surtout sans douleur... « *Ce n'est pas une baguette magique*, insiste Michèle Declerck. *Quand je pratique la sophrologie, on me propose parfois de passer à l'hypnose. Le discours sous-jacent est : "Je voudrais que tout se passe sans que j'y sois pour rien. Je vais pouvoir m'endormir et me réveiller guéri." Ce qui, d'ailleurs, dénote une méconnaissance de l'hypnose !* » Il faut expliquer au patient qu'une thérapie se construit à deux, que le thérapeute ne peut rien tout seul.

Michèle Declerck, au passage, blâme les méthodes de développement personnel : « *Le patient se sent presque capable de se soigner lui-même. Ça devient de la consommation pure et simple. Le patient devient impatient, il attend un résultat immédiat, sans douleur, et se croira plus professionnel que son thérapeute. D'où un nomadisme où le patient a essayé non seulement une demi-douzaine de thérapeutes, mais de thérapies complètement différentes, y compris des thérapies qui n'en sont pas.* » « *Le patient qui épuise plusieurs thérapeutes est un classique*, s'amuse Émilie Devienne. *D'où ce grand débat pour savoir s'il faut faire payer la première séance. Certains vont de première séance en première séance, croyant faire un effort alors que le processus thérapeutique n'a aucune chance de débuter.* »

Beaucoup jouent le jeu, sont très sincères avec eux-mêmes, mais la vague est encore trop haute. « *J'ai une certaine exigence quant à la rigueur*

intellectuelle et émotionnelle avec laquelle on doit entreprendre une thérapie, mais je suis indulgente dans le sens où une thérapie, quelle qu'elle soit, c'est engageant, nuance Émilie Devienne. *Ça secoue. Il y a des moments d'euphorie, des moments de découragement. Le tout est de savoir si ce découragement vient valider mon envie de ne pas changer, ou fait partie du processus et ne doit être que provisoire.* » Plus rarement, à défaut de traîner les pieds, le patient veut trop bien faire et, pour plaire à son thérapeute, décrit (parfois sincèrement) une situation faussement améliorée. Si le thérapeute fait bien son métier, il va s'en rendre compte. « *Moi-même*, se souvient Émilie Devienne, *j'ai un jour dit à mon analyste : "Ah, j'ai fait un beau rêve pour vous ! Beau lapsus ! Pour une fois, elle a ri...* »

Enfin, poursuit Émilie Devienne, il peut arriver aussi de rater sincèrement sa thérapie. On a vraiment cru qu'on allait bien faire, notre inconscient a joué contre nous, il faut se laisser une deuxième chance. « *C'est facile à dire en théorie, c'est quand on est dedans que c'est difficile. Et puis, ce n'est pas la même chose d'aller en thérapie à 20 ans, quand on a l'impression qu'il se passe quelque chose dans notre vie, ou qu'on a un problème identitaire, ou d'y aller à 50 ans lors d'une crise de milieu de vie, ou qu'on a perdu un être cher et qu'on a besoin d'un soutien...* ».

Pour Michèle Declerck, il y a trois cas de figure. Le patient constate que la thérapie a échoué, mais estime que ce n'est pas la faute du thérapeute : il a mal exposé son problème, a mal choisi son thérapeute, n'a pas suffisamment bien collaboré. C'est le meilleur des cas. « *On s'est trompé ensemble, mais je ne vous en veux pas.* » Il y a aussi le patient qui trouve que ce n'est pas vraiment ce qu'il attendait : il voulait que la thérapie aille plus loin ou plus profondément. Il s'arrête là pour l'instant, content de ces progrès relatifs. « *Enfin*, explique Michèle Declerck, *il y a ceux qui vous vouent une haine irréductible. Ils ont l'impression que vous leur avez promis monts et merveilles, et se sentent trahis...* »

L'important n'est-il pas que le patient tire les conséquences et des enseignements de son échec, et que le thérapeute en profite pour réfléchir à l'amélioration de sa pratique ? « *Une thérapie*, conclut Michèle Declerck, *c'est aussi et toujours une pédagogie. Si le patient ne comprend pas ce qu'on fait ensemble, là, il aura vraiment perdu son temps. Même s'il n'a pas obtenu les résultats souhaités, mais qu'il a compris ce qui se passait en lui, il aura du moins des outils pour améliorer les choses.* » Et le thérapeute aussi, essaiera de s'améliorer... ∞

Et si c'était bien d'aller mal ?

« *Quand on part en thérapie*, raconte Émilie Devienne, *la meilleure façon d'échouer, c'est de le dire à tout le monde. Selon leur propre vision d'une thérapie, les gens vont dire : "Je suis sûr que ton psy est fou", ou encore : "Le pauvre vieux, avec toi, il n'est pas sorti !" Comme le regard d'autrui va changer, le patient va changer et pas nécessairement en mieux. Le travail thérapeutique se déroule dans un lieu confidentiel.* » Qu'on informe les plus proches pour expliquer ses absences régulières, c'est normal, mais il est hors de question d'entrer dans les détails des rendez-vous.

Il est d'autres circonstances où l'entourage peut être préjudiciable au déroulement d'une psychothérapie (voir article p. 100). Car certes, on peut consulter sous la pression de proches à bout de nerfs. Mais ils peuvent aussi refuser que l'autre change, tant il y a parfois des bénéfices collatéraux à avoir affaire à une pathologie : par exemple, la dépression de l'un nourrit parfois la fonction de l'autre.

Que va-t-il se passer si le dépressif guérit ? Aura-t-il autant besoin de son aidant ? « *Très souvent*, souligne Émilie Devienne en invoquant une perspective systémique, *la personne qui va justifier de la thérapie est le symptôme. C'est elle qui est censée dysfonctionner, alors que c'est le système entier qui dysfonctionne ! Et ça ne fait plaisir à personne de l'entendre. Il arrive que le changement n'arrange absolument pas l'entourage, qui peut être un frein moteur. Il est donc très important d'avoir un tableau général de l'entourage du patient. Une des questions magiques à poser en thérapie est : "Et quand vous irez mieux, pour qui ça va être un problème ?"* »

Il est fréquent que le patient s'avère conscient de cette situation ambiguë. Aller mieux, c'est non seulement passer par une métamorphose très inconfortable à court terme, perdre (à coup sûr) ses points de repère pour en trouver (peut-être) d'autres, mais c'est aussi risquer de frapper, par ricochet, d'autres personnes qui n'ont parfois rien demandé. Il s'agit typiquement de cas de séparation : si je vais mieux, je vais peut-être jeter mon conjoint par-dessus bord.

Et pour peu que j'aie des enfants... « *Les mères aussi ont très peur que leur fille leur explose dans les mains en plein vol*, ajoute Émilie Devienne. *On touche à des fibres tellement sensibles...* » Les mères ? Qu'est-ce qu'elles ont encore fait, celles-là ? Mais Michèle Declerck évoque spontanément le même exemple : « *Je pense à la problématique des relations mère-fille, qui sont souvent profondément haineuses, même si la haine ne veut pas être reconnue. À ce moment-là, on ne souhaite pas approfondir des émotions qui remettraient en question une relation à laquelle on tient malgré tout.* » La thérapie peut donc paradoxalement montrer que le symptôme a une fonction, et qu'on a raison d'aller mal : c'est alors une façon de limiter les dégâts pour tout le monde...

J.-F.M.