

QUATORZE LEÇONS DE THERAPIE STRATEGIQUE – Jacques-Antoine Malarewicz
1998, ESF Editeurs, Paris

Erickson avait d'ailleurs l'habitude d'expliquer qu'il n'utilisait l'hypnose formelle qu'avec un patient sur cinq ; avec deux autres il n'utilisait pas l'hypnose et avec les deux restants, il confessait ne pas savoir ce qu'il faisait. P9

Toute démarche thérapeutique est double, quel que soit d'ailleurs le modèle dont elle se réclame. La première démarche vise une compréhension de la situation du patient ; la seconde, en relation avec la première vise à modifier cette situation. P11

Le risque, dans ce domaine, est de développer une théorie qui amène le praticien à « resserrer » dans son modèle ce qui lui semble être la réalité de son patient, pour mieux la rendre cohérente avec sa propre réalité. P12

Tout processus de changement est l'objet d'une grande ambiguïté de la part de celui qui s'en réclame, ou qui le demande. Le changement est, en effet, ce que nous redoutons le plus que tout en le sachant inévitable. Ainsi, la notion de changement est inévitable de celle de non-changement. (...) L'être humain, par simplification, est double, à la fois biologique et psychologique. L'être biologique est soumis au changement, m'être psychologique répugne fondamentalement à changer. Cette inadéquation le rend infirme et l'amène souvent à tourner en rond, en s'enfermant dans ses propres contradictions et ses aveuglements. p13

La première démarche d'un thérapeute doit donc consister à accepter la complexité à laquelle il se confronte. C même thérapeute va, dans une seconde démarche, construire une stratégie elle-même complexe où il tiendra compte à la fois de la demande apparente de changement (causalité linéaire) et de la résistance au changement (causalité circulaire). A la complexité de situation du patient répond donc la complexité de la stratégie du thérapeute. P15

La notion du « lacher-prise » est très utile. (...) de manière très schématique, les patients considérés comme névrotiques peuvent être classés en deux catégories en fonction de cette notion de « lacher-prise » à laquelle s'adjoint ici celle de « contrôle ».

	Contrôle	Lacher-prise
Phobie Obsession	↗ +	↘ -
Dépression	↘ -	↗ +

Plus un patient est obsessionnel et phobique, plus il est dans le contrôle et moins il est dans le lacher-prise. A l'inverse, plus un patient est dans la dépression, plus il est dans le lacher-prise et moins il est dans le contrôle. Pour le premier patient, le thérapeute va augmenter les possibilités de contrôle pour lui apprendre le lacher-prise. Le second va recevoir des prescriptions qui iront dans le sens du lacher-prise pour lui apprendre le contrôle. P20

(...) la compréhension que peut avoir le patient de sa situation ne suffit pas à assurer le changement quand à cette situation. Nous verrons que c'est plutôt une modification relationnelle, entre le patient et son symptôme ou entre le patient et son entourage, qui entraînera le changement escompté. P21

qu'est ce qu'un symptôme ? un symptôme est un apprentissage qui permet (ou a permis) au patient de s'adapter à une situation qui ne correspond pas (ou ne correspondait pas) aux apprentissages acquis jusque-là. Un symptôme est toujours une solution, mais une mauvaise solution. Dans une optique stratégique, le symptôme est donc avant tout un apprentissage. Mais un apprentissage ne s'oublie pas. Il ne peut s'effacer que devant un autre apprentissage. P25

lorsqu'un symptôme a, dans l'esprit du patient, une dimension relationnelle, une bonne partie du chemin vers le changement est acquise. Parfois, le patient a besoin d'apprendre cette dimension. Le travail du thérapeute consiste alors à établir un lien entre le symptôme et une relation spécifique. Le symptôme cesse alors d'être synonyme de fatalité, il prend de multiples dimensions qui, en quelque sorte, l'assouplissent et lui donnent une approche plus « humaine ». p26

(...) les patients manifestent leurs symptômes à des moments précis de leur cycle de vie.

Petite enfance – Enfance

Ce passage est socialement marqué par l'accession au cycle scolaire primaire. Vers 3 ans, l'enfant risque de présenter des problèmes qui se manifestent essentiellement la nuit : cauchemars, régression dans l'apprentissage de la propreté ou difficultés d'endormissement, voire phobies. Ces symptômes marquent la difficulté d'une perte de contrôle de l'adulte (notamment la mère), donc l'apprentissage de la solitude (relative) et de l'abandon. La séparation marque cette symptomatologie.

Enfance - Adolescence

De l'enfance à l'adolescence, aux alentours de douze ans, se joue, sous la poussée hormonale, l'accession à une vie sociale encore plus importante. Ici les problèmes pourront plus facilement se manifester dans le contexte scolaire, soit pour ce qui tourne autour de l'apprentissage, soit en ce qui concerne les relations avec les pairs. Il en résulte que les relations avec la fratrie, dans la famille, au niveau de l'enfant ou au niveau des parents, deviennent déterminantes. L'enfant y apprend à être avec les autres.

Adolescence - Age adulte

On sait qu'à cette phase, se manifeste en psychiatrie la symptomatologie la plus spectaculaire et la plus grave comme par exemple, la schizophrénie Cette fois-ci, l'entreprise de socialisation devient déterminante car elle conditionne la vie affective et la vie professionnelle. La crise de l'adolescence marque la rupture entre le modèle familial et le modèle apporté par le groupe (la bande) d'adolescents. Cette identification au groupe est la première alternative à la famille.

Age adulte - Age mûr

Aux alentours de 40 ans, un parfum d'irréversibilité et de nostalgie s'installe. Les principaux choix de vie ont été faits. (...) cette étape est celle des problèmes « métaphysiques ».

Age mur – age de la retraite

Vers 60 ou 65 ans, avec la cessation, ou la diminution plus ou moins importante de l'activité professionnelle, se joue l'étape du cycle de vie qui est la plus sensible aux choix de société. (...) Risque d'exclusion, socialement (dans des lieux d'enfermement), ou médicalement (dans la démence précoce ou maladie d'Alzheimer). P37-38

Travailler avec le corps, c'est travailler avec les émotions. Il n'est pas de véritable changement qui ne soit reconnu, entériné, avalisé par le corps et donc par un travail avec les émotions. Le corps ne ment pas, il donne une image immédiat et fidèle des capacités relationnelles dans ses relations avec autrui. Un changement en thérapie n'est pas un processus intellectuel, il s'agit plutôt de la mise en scène corporelle d'un nouveau type de relation avec autrui. Le corps, dans les changements qu'il met ainsi en scène, constitue donc un reflet immédiat de l'évolution de la thérapie. P45

Le décodage du langage non verbal peut servir à évaluer le degré de véracité des propos d'une autre personne. Or, il ne s'agit en rien de traquer ici les mensonges. A chaque instant, dans l'esprit de chacun de nous, plusieurs niveaux logiques se déploient simultanément. Autrement dit, nous « pensons » plusieurs choses en même temps ; de plus ces différents niveaux logiques peuvent parfaitement être contradictoires. Ainsi, nous pouvons, de manière tout à fait légitime, dire une certaine chose et « montrer » autre chose. Le décodage du langage non verbal illustre ainsi, au mieux, la complexité des processus de pensée. (...) Au moins trois éléments interviennent et relativisent cette compréhension. Chaque geste doit, en effet, être constamment réévalués selon une dimension personnelle, interactionnelle et culturelle. Nous avons en effet, chacun une histoire d'être dans notre corps, selon notre taille, notre poids, notre histoire médicale et chirurgicale : cela constitue la dimension personnelle. Par ailleurs, selon le contexte immédiat de l'interaction, nous sommes amenés à adopter des positions corporelles

spécifiques. Il est impossible de s'asseoir de la même façon devant un ami, un supérieur hiérarchique ou en assistant à un concert. Enfin, notre environnement culturel nous a appris à respecter certaines règles qui ont, pour chacun de nous, un caractère d'évidence. Il n'est donc pas possible d'établir simplement, sans tenir compte de tous ces aspects, un lien immédiat entre un geste et une interprétation de ce geste. Le non-verbal est donc également le domaine de la complexité. P46

Ce qui est importe, dans le décodage du langage non verbal, est d'établir le degré de congruence entre ce qui est dit et ce qui est montré. (...) il existe une distance « naturelle » entre ces deux modes de communication ; lorsque cette distance est trop grande, l'interlocuteur a tendance à ne plus accorder foi à ce qui est dit. Tout se passe comme si, lorsque la distance est trop importante entre le contenant (le non-verbal) et le contenu (le verbal), il devient difficile d'accéder au contenu. P47

Il existe en thérapie trois types de gestes qu'il est important de pouvoir identifier : les gestes auto-centrés, les gestes régulateurs et ceux qui correspondent à des émotions.

Les gestes auto-centrés (ou auto-contacts) correspondent à toutes les situations où le patient établit un contact entre deux parties de son corps, ou entre une partie de son corps et un vêtement ou un objet. Ces gestes marquent habituellement (avec toutes les précautions d'interprétation) la gêne et le repli sur soi. Le patient montre par là, involontairement, qu'il est touché, d'où la nécessité d'un ressourcement immédiat qui rassure, tout à fait inconsciemment, le patient.

Les gestes régulateurs ponctuent les interrogations. Ils manifestent pour un des deux interlocuteurs, qu'il prend (ou ne prend pas) en compte ce que peut énoncer l'autre interlocuteur. Ils constituent les commentaires non-verbaux au discours de l'autre et donnent une idée immédiate de la qualité d'une interaction. Par exemple, lorsqu'un des interlocuteurs est en situation d'avoir à persuader l'autre, il va porter une attention toute particulière aux mouvements de la tête de l'autre. S'il arrive que ces mouvements d'acquiescement se ralentissent, il aura tendance à employer des arguments plus persuasifs encore.

Tous les gestes qui correspondent aux émotions, par définition involontaires et souvent tout à fait tenus, doivent être immédiatement identifiés par le thérapeute. Le thérapeute doit même être capable d'identifier ces états émotionnels avant qu'ils ne deviennent perceptibles pour le patient. Il pourra alors immédiatement calibrer ses interventions en fonction de ces états émotionnels. (...) il n'est de véritable en thérapie qui ne se fonde sur une dimension émotionnelle. P47-48

La mobilisation des émotions est donc recherchée en thérapie. Elles sont la manifestation la plus biologique de notre corps, car elles ont des implications physiologiques importantes. Les émotions se manifestent aussi bien pour le thérapeute que pour le patient. Il s'agit bien plus d'être en mesure de les identifier que de chercher à les contrôler. Une émotion doit d'abord être ressentie, c'est à dire identifiée et acceptée, avant d'être maîtrisée. Dans certaines situations d'urgence, notamment dans un contexte professionnel, il est tout à fait utile de maîtriser les émotions. Dans le contexte de la thérapie, tout au contraire, les émotions doivent rester présentes, car elles peuvent apporter un degré de congruence nouveau, pour le patient, entre son histoire, son entourage et ses attentes. P48-49

Les paradoxes thérapeutiques : le paradoxe thérapeutique est d'abord considéré comme étant thérapeutique dans la mesure où il est utilisé par un thérapeute, dans un contexte thérapeutique. Cela signifie également que le patient est, à chaque instant, en mesure d'y échapper. (...) surtout, sa caractéristique principale est de mettre le patient dans une obligation de changement. (...) En fait, le paradoxe thérapeutique implique dans la double « entrée » qu'il propose, un recadrage de la situation, ou du symptôme, présenté par le patient. Cela signifie, que, suivi ou non, à partir du moment où il est énoncé et ne peut plus être ignoré, le paradoxe produit un effet. L'art du thérapeute est de faire en sorte que cet effet aille dans le sens d'un changement pertinent pour le patient. Ce type de paradoxe comporte une dimension provocatrice. Cette dimension provocatrice provient d'abord du fait qu'il n'est pas toujours dans les habitudes des thérapeutes d'énoncer des propositions qui peuvent être qualifiées comme étant confusionnistes. Le patient attend de son thérapeute qu'il « éclaire » sa situation et non qu'il la rende plus opaque. En fait, grâce au paradoxe, le thérapeute vise essentiellement à redonner au patient une possibilité de contrôle de sa situation. P59

Liste de quelques paradoxes thérapeutiques :

- Comment faites-vous pour réussir vos échecs ?

(...) Cet énoncé permet le recadrage de la situation d'échec en une situation de réussite. P59

- Que savez-vous faire comme autres symptômes ?

Permet de relativiser le symptôme présenté par le patient en le mettant en relation et en « rivalité » avec d'autres symptômes. Dans cet énoncé se trouve impliqué le fait que le patient n'est pas tout à fait étranger à l'apparition de son ou ses symptômes, ce qui ne manque pas de lui paraître provocant. P60

- Comment pensez-vous que je puisse vous aider ? ou Que devrais-je vous dire pour vous persuader de... ?

Le paradoxe est ici dans le renversement des rôles

A noter que ces paradoxes thérapeutiques se présentent essentiellement sous la forme de questions. Ils cherchent, en effet, à mettre le thérapeute en position basse et le patient de prendre position. P60

Le processus thérapeutique peut-être décrit comme étant à la fois un processus de déconstruction et de construction. Ces deux mouvements étant simultanés. La déconstruction réside dans la remise en question de ce qu'Erickson appelait « l'orientation à la réalité » du patient. Il s'agit de faire vaciller ses points de repères habituels, même et surtout ceux qui concernent sa compréhension habituelle de son symptôme. Cette compréhension est le terrain sur lequel le patient cherche à amener le thérapeute la déconstruction de cette compréhension permet au thérapeute de ne pas tomber dans ce piège. La construction peut-être assimilée à la notion de « recadrage » fréquemment utilisée en thérapie familiale : il s'agit des mêmes faits mais présentés de telle façon qu'ils paraissent différents. Le thérapeute reconstruit la réalité du patient de telle manière qu'il lui semble que sa relation à son symptôme ne peut plus être la même que précédemment. (...) Le paradoxe dans son énoncé même, contient et résume cette double démarche : il démontre une appréhension de la réalité tout en proposant une autre appréhension de cette même réalité. P62

Les paradoxes ne peuvent pas être utilisés avec tous les patients. Il me semble, dans mon expérience, que cette technique est la plus efficace avec les enfants, elle l'est moins avec les adultes, et en général, de peu d'effets avec les adolescents. Les enfants aiment eux-mêmes jouer avec les paradoxes. Les adultes y trouvent peut-être leur enfance. P62

Exemple pratique clinique : p62-63

Comment montrer ce qu'on ne sait pas faire

Voici un exercice très simple qui peut-être utilisé chaque fois qu'un thérapeute se heurte à un refus lorsqu'il a demandé une tâche quelconque à un patient. Ainsi, par exemple :

- A un enfant au cours d'une séance : Est-ce que tu peux me montrer comment tu fais pour énerver tes parents ici présents ?
- Au mari : Qu'allez-vous lui dire pour que votre épouse vienne à la prochaine séance ?
- A l'épouse en conflit avec son époux : Pouvez-vous demander à votre mari la permission d'aller sur ces genoux ? si elle refuse une telle technique... utilisation d'une technique paradoxale : Madame, pouvez-vous demander à votre mari la permission d'aller vous asseoir sur ses genoux – de telle manière qu'il vous la refuse ?

Lorsqu'une demande de changement est ouvertement annoncée, la démarche est réputée directe. Lorsque cette même demande n'est pas ouvertement annoncée, la démarche est réputée indirecte. Cette indirectivité constitue la technique de base face à la résistance au changement de tout patient. Autrement dit, lorsque la finalité des prises de positions du thérapeute n'est pas apparente, il utilise des techniques indirectes. p65

Quatre étapes peuvent résumer ce type de travail. L'ensemble de cette démarche permet d'illustrer, là encore, l'indirectivité du thérapeute.

- Accepter la résistance au changement

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la résistance au changement est inhérente à toute demande de thérapie, c'est à dire à toute demande de changement. Cette résistance doit non seulement être acceptée, mais souhaitée, par le thérapeute. Elle ne s'adresse pas au thérapeute en tant que personne, mais au thérapeute dans la seule mesure où il représente une menace de changement.

- Utiliser la résistance au changement

Il est alors possible de passer à la deuxième étape, celle qui consiste à utiliser cette résistance. La résistance est considérée comme un mouvement, peu importe ici sa direction. Ce mouvement peut être utilisé par le thérapeute dont l'erreur consisterait à s'y opposer. On ne s'oppose pas au mouvement naturel de la résistance au changement. P66

Le questionnement circulaire

La technique du questionnement circulaire (Selvini-Palzzoli, 1987) consiste à ne poser des questions concernant deux personnes, dont des questions éminemment relationnelles, qu'à un tiers en la présence de ces deux personnes.

Ex : Madame, comment réagit votre mari quand votre fils....

Ce qui importe ici est non de recueillir l'information elle-même mais de donner au père et à la mère d'avoir la possibilité d'avoir chacun accès à ce que l'un pense être l'intention de l'autre. Il y a réellement une différence

qui crée une différence. Lorsque la question s'adresse au mari, la réponse intéresse sa femme, ou plutôt tout autant la réponse elle-même que le fait qu'il puisse en exister une. [peut mettre en évidence des informations ou des niveaux relationnels] Ainsi, le questionnement crée indirectement un lien entre des individus qui, au moins dans un cadre thérapeutique, ont des difficultés à se rencontrer. P67-68

L'utilisation des métaphores constitue une des meilleures illustrations de l'indirectivité que peut développer le thérapeute. Par le récit, les contes, le symbolisme, l'allégorie, les comparaisons analogiques et les métaphores, le thérapeute propose au patient une nouvelle construction, une nouvelle appréhension de sa réalité. Cette nouvelle réalité comporte certaines caractéristiques, à la hauteur de ce qu'on peut attendre, une des plus difficiles à utiliser. P73

Le patient ne perçoit pas toujours immédiatement les analogies qui peuvent exister entre les éléments de la métaphore et sa propre réalité. Il accueillera d'autant mieux la métaphore qu'elle ne mobilisera pas ses résistances au changement, car la métaphore, et c'est ce qui importe, ne demande rien au patient. Elle ne fait que lui proposer, de manière très indirecte, des alternatives et des horizons nouveaux. De plus, la métaphore n'exige pas du patient qu'il prenne une quelconque décision dans l'immédiat. C'est bien ultérieurement qu'il modifiera au mieux, sans en appréhender immédiatement la raison, sa relation à son symptôme. P 73

La métaphore mobilise les capacités imaginatives du sujet et comporte une dimension régressive. Cette dimension régressive est accentuée par l'utilisation directe ou atténuée de contes ou de récits connus par le grand public. Lorsque le thérapeute adresse la métaphore à l'enfant qui est présent, dans l'intimité du patient, cette indirectivité est donc encore accentuée. D'autant plus qu'à l'enfance correspond effectivement l'âge des apprentissages primordiaux. P74

[la métaphore a un début et une fin] Une histoire s'inscrit dans le temps, la métaphore inscrit le, patient dans un déroulement, dans un processus. Ce processus comporte un début et une fin, toutes choses qui aident à la définition du rapport thérapeutique et préparent une issue à la situation de souffrance du patient. Cela pose, de plus, la question du « bon moment » où doit être proposée la métaphore. Si elle est proposée trop précocement dans le processus thérapeutique, elle risque de ne pas recevoir un terrain favorable ; si elle est proposée trop tardivement, elle risque de rencontrer des résistances trop importantes. P74

[la métaphore permet la dissociation] La métaphore se comporte comme une carte que le thérapeute superpose à la réalité, au territoire, du patient. En cela elle est une illustration du fameux aphorisme de Korzybski qui propose que la « carte n'est pas le territoire ». Elle « dissocie » le patient de sa réalité, généralement lourde et invalidante, pour le placer à un niveau où les possibles prennent forme. Et il peut ainsi rapidement passer d'une réalité à une autre, de sa réalité à celle de la métaphore, pour mieux apprendre la souplesse et la légèreté qui permettent la créativité. P74

[la métaphore permet au thérapeute de s'impliquer dans la thérapie] L'implication du thérapeute est inévitable dans le processus thérapeutique : il est l'agent du changement. Dans l'optique stratégique, il est impossible que le thérapeute puisse rester neutre. Cette implication peut se faire indirectement au travers de la métaphore. Un des personnages de la métaphore peut donc être assimilé au thérapeute. P74-75

[la métaphore transforme la thérapie en expérience] Plus la thérapie prend l'aspect d'une expérience, moins le patient peut avoir le sentiment de s'y impliquer, ce qui peut, encore une fois, être utile avec certains d'entre eux, plus il l'acceptera facilement. P75

Les différents types de métaphores p75-76-77

Selon le moment où elle est utilisée, selon la situation du patient, chaque métaphore peut répondre à un but plus ou moins précis.

- La métaphore de la demande

Transformer la démarche du patient en une démarche, constitue la première étape de toute thérapie, car la démarche n'est pas la demande. Elle n'en est que la première étape. Donner à penser au patient qu'il peut effectuer une demande pertinente auprès du thérapeute peut être parfois utile.

- la métaphore de l'apprentissage

Toute thérapie se confond en apprentissage. Redéfinir la thérapie selon cette notion la dédramatise et lui confère une plus grande « noblesse ».

- la métaphore de la résolution du symptôme

Toute solution est d'autant mieux acceptée par le patient qu'elle lui est indirectement suggérée. L'utilisation de la métaphore permet d'introduire ces alternatives, ces procédures qui mobilisent les ressources du patient.

- la métaphore de l'aspect positif du symptôme

Comme je l'ai déjà dit, tout symptôme est une solution. En ce sens, il présente un aspect positif qui ne peut être habituellement être présenté comme tel au patient, ce qui ferait sortir de solides résistances

- la métaphore qui responsabilise le patient

Autre préjugé difficile à vaincre et donc pourvoyeur de résistance, c'est celui qui laisse penser au patient qu'il n'a aucune emprise sur la situation, qu'il n'en est pas responsable. « responsable » ne signifie pas ici « fautif ». La responsabilité est plutôt à entendre au sens où le patient est partie prenante dans le processus de changement. Le thérapeute ne va que l'accompagner dans ce processus.

- la métaphore de la fin de la thérapie

L'expérience de la séparation, quelle qu'elle soit, est difficile pour chacun de nous. La fin de la thérapie est souvent anticipée comme une épreuve par le patient, car toute séparation nous met dans l'obligation de revivre les séparations du passé et d'anticiper les séparations du futur.

Comment construire une métaphore ? p78-79-80

La construction d'une métaphore, sans obéir pour autant à des règles immuables, suppose plusieurs étapes et plusieurs conditions qui ont chacune leur importance.

- Définir l'orientation sensorielle du patient

Une métaphore sera d'autant mieux perçue et acceptée par le patient qu'elle correspondra à son orientation sensorielle.

- Utiliser les activités favorites du sujet

Lorsqu'il peut s'identifier plus facilement avec le ou les protagonistes de la métaphore, le patient « entrera » évidemment plus rapidement dans la logique qui lui est ainsi proposée. L'accompagnement qui peut s'instaurer ainsi, entre le patient et le thérapeute, sera facilité par ces différents niveaux d'identification.

- Ne pas craindre d'être répétitif

Il y a dans toute bonne métaphore des redondances qui en assurent, pour une bonne part, l'efficacité. Ces répétitions s'apparentent aux images récurrentes qui parcourent les contes et les récits qui sont utilisés par les parents au chevet d'un enfant pour l'aider à s'endormir. Ces répétitions permettent, paradoxalement, au patient de s'échapper, à certains moments, de la métaphore du thérapeute pour mieux construire ses propres fragments de métaphore. Elles rassurent le patient en lui aménageant des possibilités de liberté. Enfin, les répétitions créent l'attente.

- jouer sur les mots et les symboles

les mots ont des richesses qu'il est intéressant d'utiliser et de développer dans les métaphores. Lorsqu'un patient écoute un récit, comme toute personne placée dans la même situation, il se montre particulièrement sensible à ces jeux de mots ou à ces symboles.

- impliquer le corps et la vie sensorielle

Le corps du patient est immédiatement « pris à partie » par la métaphore grâce au récit d'une action, par des gestes où l'évocation de situations critiques où l'intellect e peut exercer sa censure.

- Impliquer les niveaux relationnels

Dans la suite immédiate de ce qui précède, les émotions doivent être présentes dans la métaphore. Ces émotions ne peuvent être que variées car le thérapeute n peut éviter, et ne doit pas vouloir éviter, d'y « mettre » des émotions considérées comme étant désagréables. La situation du patient comporte inmanquablement des éléments désagréables que le thérapeute ne peut ignorer et qu'il doit être capable d'affronter.

- Lui donner plusieurs niveaux de compréhension

Une métaphore est comme une boîte qui contient de nombreux objets, plus ou moins précieux, plus ou moins utiles pertinents face à sa situation. Ces objets sont les différentes compréhensions possibles de la métaphore dans lesquelles le patient fera un choix. Cette diversité assure la liberté du patient.

- Ajouter de l'humour et/ou des détails incongrus

L'humour multiplie les niveaux de compréhension, surtout lorsqu'il fait appel aux paradoxes. L'humour permet de mieux moduler les niveaux émotionnels et, à l'évidence, attire l'attention du patient. Les détails incongrus attirent également la curiosité du patient et lui permettent de continuer à exercer son esprit critique.

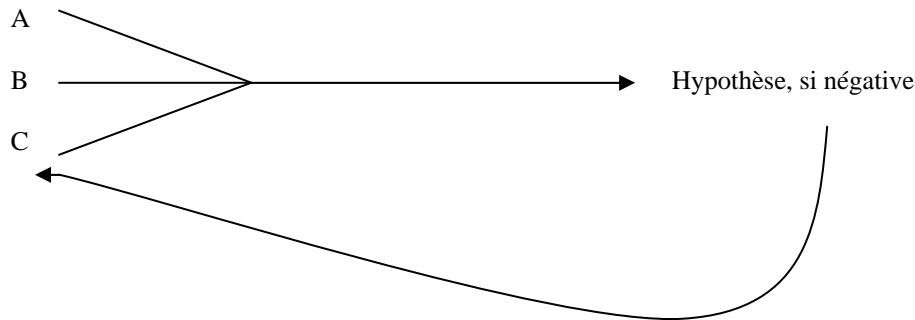
- la rendre homothétique avec différents éléments de la réalité du patient

Pour être crédible et utile, la métaphore doit s'accoler à la réalité du patient comme chaque doigt d'une main s'oppose à chaque doigt de l'autre main. Une trop grande distance avec la réalité du patient lui donnera la possibilité de s'échapper de la métaphore. A l'inverse, une trop grande proximité retirera à la métaphore le caractère indirectif de ses effets.

- La refermer en boucle

La métaphore constitue un monde en elle-même. Dans l'énoncé qu'en fait le thérapeute, son épilogue doit, de préférence, faire appel à certains des éléments qui en ont constitués le début. A la manière d'une parabole, où le récit se referme sur lui-même, la fin doit éclairer l'ensemble et lui donner un sens parfois inattendu, en tout état de cause cohérent avec l'ensemble.

Dans les tout premiers instants de la toute première séance la démarche d'action du thérapeute peut être formalisée par le schéma suivant :

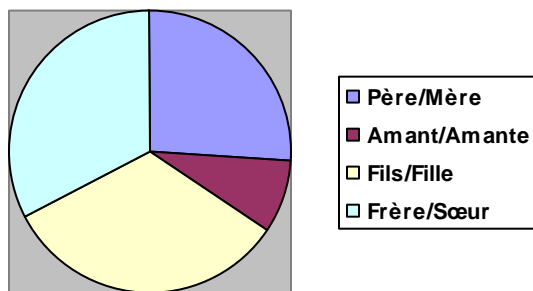


A l'origine de cette démarche, trois « sources » d'informations peuvent converger pour le thérapeute. La première est constituée par ce que dit le patient (A), la deuxième par ce qu'il montre, autrement dit son langage analogique (B), la troisième source, enfin, peut être résumée par la notion d'intuition (C). Ce que dit le patient doit absolument être traduit en termes de demande. Cette demande doit elle-même immédiatement être intégrée dans la relation patient-thérapeute. Car en fonction de cette demande, le thérapeute risque de se trouver pris dans une définition trop étroite de son rôle. Ce que montre le patient est extraordinairement précieux, car dans son corps et dans l'espace de la séance se trouve ainsi défini le devenir de toute la thérapie. (...) Enfin, l'intuition du thérapeute est son meilleur outil de travail. Dans cette intuition, il met en œuvre ses orientations sensorielles pour percevoir en dehors de toute réflexion, les principaux linéaments de la situation du patient. Ce que personnellement j'appelle « sa petite musique ». ces trois « sources » convergent vers la formation d'une ou plusieurs hypothèses (H). Le terme d'hypothèse s'oppose ici à celui d'interprétation, car l'hypothèse se réfère d'avantage à l'*hic et nunc* de la séance et à la spécificité de la situation du patient, qu'à des références théoriques. Cette hypothèse demande avant tout à être vérifiée. Si elle « reste » dans la tête du thérapeute, elle n'est absolument d'aucune utilité. Cette vérification se fait habituellement par implication. Suivant que l'hypothèse s'avère pertinente ou non, elle peut être enrichie ou abandonnée au profit d'une autre. De cette manière de proche en proche se construit une nouvelle réalité. Le thérapeute va d'abord mettre en scène le jeu interactionnel qui est habituellement celui du patient avec son entourage pour mieux, ensuite, y apporter des alternatives. P 90-91

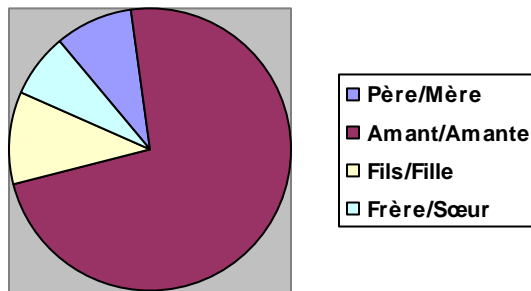
Deux types de liens peuvent relier les êtres humains dans le contexte familial : le lien biologique ou le lien contractuel. Les liens de filiation (parent-enfant) et les liens de consanguinité (entre membres d'une même fratrie) ordonnent les liens biologiques. Le mariage est l'exemple même d'un lien contractuel. (...) Sur une feuille de papier, je trace un cercle auprès duquel j'écris les termes suivants : père, frère, fils, amant. Sur une autre feuille à côté du même cercle sont inscrits les mots : mère sœur, fille et amante. La première feuille est remise à l'épouse.

- *Pouvez-vous indiquer dans ce cercle dans quelle mesure, selon vous, actuellement, votre mari est votre père, votre frère, votre fils et votre amant.*

Même question pour l'époux avec les mêmes termes au féminin. Dans l'hypothèse d'un couple qui ne parvient pas à la décision d'une séparation, malgré d'évidents dysfonctionnements, les réponses sont souvent les mêmes et peuvent être représentées par :



La même question est posée sur ce que chacun pense être une relation idéale. Ici, de nouveau, les réponses sont stéréotypées :



Dans les premiers camemberts (ou gâteaux), il existe une répartition égale des rôles de frère (ou de sœur), de père (ou de mère) et de fils (ou de fille). L'amant et l'amante sont réduits à la portion congrue. En ce qui concerne la relation idéale, elle est évidemment marquée par une large prédominance de la définition sexuelle du couple. Ce qui est recherché ici est une relation à la fois fusionnelle et complice. P104-105

Les âges clandestins

Dans une situation dysfonctionnelle, celui ou celle qui porte le symptôme y trouve la possibilité de jouer un ou plusieurs autres âges clandestins. Ce ou ces âges clandestins s'opposent à l'âge réel tout en le complétant. L'art du patient est de développer les manœuvres adéquates qui lui permettent de jouer ces différents âges, ces différents rôles. La force du patient est d'être capable de passer très rapidement d'un âge clandestin à un autre. P105

Déterminer les âges clandestins. La manière la plus simple d'identifier ces âges clandestins est tout simplement d'observer l'habillement et le comportement physique de patient. Une adolescente toute de noir vêtue a probablement l'âge clandestin d'une grand-mère. Un adolescent de 20 ans, disparaissant dans un anorak de ski et portant un pantalon de jogging et de confortables chaussures de tennis, ma donne toujours l'impression d'être un nourrisson. Une autre manière de faire ce type de diagnostic est d'identifier, pour soi-même, le niveau émotionnel que le patient induit en nous. P106

Travailler avec les âges clandestins. La façon la plus congruente de travailler avec ces âges clandestins est d'en suivre la logique de manière à amener le patient à rejoindre, progressivement, son âge officiel. Il est évidemment plus facile de grandir, de passer de 12 à 20 ans, que de rajeunir, de passer de 75 à 20 ans. Suivre la logique de l'âge clandestin revient à prescrire au patient une congruence entre ses comportements, quels qu'en soient les avantages et les inconvénients, et cet âge clandestin. Ainsi, par exemple, si un patient âgé de 18 ans assume dans son existence des responsabilités qui sont celles d'un enfant de 12 ans, je proposerais aux parents de ne lui donner que l'argent de poche qui correspond à un enfant de 12 ans. P106

La prescription du symptôme ou du comportement. (Milton H. Erickson) p124/125

Objet, renvoyer au patient ce qu'il émet, c'est à dire ses symptômes et l'ensemble des comportements qui l'accompagnent. (...) la prescription du symptôme proprement dite, concerne clairement le symptôme pour lequel le patient consulte. Cette prescription est possible quand à l'évidence, elle n'est pas dangereuse pour le patient, et que le symptôme est relativement « précis » et peut être facilement identifié dans le temps et dans l'espace comme, par exemple, une énurésie, une crise d'asthme ou une phobie. Dans bien des cas il serait impossible de prescrire le symptôme proprement dit, soit parce que cela serait dangereux pour le patient, soit parce qu'il serait trop subjectif ou encore lorsqu'il implique d'autres personnes étrangères à la thérapie. Il s'avère alors préférable de prescrire une séquence comportementale plus ou moins proche du symptôme ou une métaphorisation du symptôme. Il s'agira alors d'une prescription de comportement. (...) Ce type de prescription obéit à certaines règles :

- Son usage se fait toujours dans la prudence

Dans la mesure où elle mobilise les ressources du patient, cette prescription demande à être utilisée avec précaution surtout lorsqu'elle prend un aspect paradoxal. Le paradoxe réside dans le fait qu'on n'attend pas, habituellement, d'un thérapeute qu'il prescrive un symptôme, ce qui peut augmenter l'angoisse du patient.

- La prescription de symptômes s'accompagne d'autres prescriptions

La prescription de symptôme ne peut être donnée seule car elle doit être relativisée par d'autres prises de positions du patient.

- La dimension ludique est importante

A l'évidence, tout ce qui concerne le symptôme porte, pour le patient, une connotation pénible. La dimension ludique, contenue dans la prescription, relativise le symptôme et lui donne, autant que possible, une dimension relationnelle dans la mesure où l'implication d'autres personnes de l'entourage du patient peut se faire

- Il faut en vérifier les conséquences

Il importe de connaître les réactions du patient à la prescription du symptôme. Il s'agit moins de vérifier le respect de la consigne que d'en évaluer les conséquences, qu'elles aient été, à la limite, les prises de position du patient face à la prescription.

Toute thérapie se développe selon un triple mouvement. Le patient s'adresse à un thérapeute en considérant son symptôme comme une donnée objective. La première démarche du thérapeute est de subjectiviser ce symptôme, de le relativiser. Dans cette démarche, le thérapeute sépare le patient de son symptôme. Dans un second temps, le thérapeute ré-objective le symptôme en le restituant au patient dans toute son objectivité. Dans cette démarche, il s'agit moins de modifier le symptôme que la relation qu'entretenait, jusque-là, le patient avec son symptôme. P134

Différentes techniques de dissociation

- Les enregistrements vidéo

lorsqu'un thérapeute utilise, de façon courante, l'enregistrement vidéo de ses séances de thérapie, il apprend à se dissocier au cours de ces mêmes séances : il est à la fois dans la salle de thérapie et dans l'écran devant lequel ultérieurement, il visionnera cette séance. En apprenant la dissociation, la thérapie apprendra également à se passer d'un grand nombre d'informations. Les informations en trop grand nombre risquent de noyer le thérapeute dans la situation clinique.

- L'utilisation de la glace sans tain

La glace sans tain, ou miroir unidirectionnel, permet d'établir un lien visuel entre la salle de thérapie et une autre salle, dite salle de supervision. Tout comme avec les enregistrements vidéo, l'utilisation de cette technique permet au thérapeute de mettre en scène divers niveaux de dissociation. Ces niveaux peuvent le concerner ou impliquer le patient, ou tout ou partie d'une famille ou d'un couple. En ce qui le concerne directement, le thérapeute peut ainsi passer rapidement de la salle de thérapie, c'est à dire dans la réalité immédiate de la situation clinique, à la salle de supervision, c'est à dire là où il peut avoir une vue « cartographique » de cette même situation. De cette manière, il augmente sensiblement ses capacités inventives en évitant le double risque d'être immergé dans la situation et de donner à penser qu'il abandonne ses patients. Il est à la fois dedans et dehors. En ce qui concerne la situation clinique, plusieurs techniques peuvent être utilisées. Le fait de proposer, par exemple, à des parents de se placer derrière le miroir alors que le thérapeute reste en présence de leurs enfants, ou inversement, modifie sensiblement la dynamique familiale. P134-135

- L'utilisation des paradoxes

Cette technique ouvre une pluralité de niveaux logiques. D'une certaine façon, le paradoxe « sidère », il laisse pantois, sans réactions pendant un certain temps.

- l'utilisation des poupées

les poupées, les oursons et tous les jouets qui figurent des êtres vivants ont été nos premiers compagnons imaginaires. Ils ont été des interlocuteurs, habituellement idéalisés, pour les enfants que nous sommes (plus ou moins) restés.

- Les lettres

Lorsqu'un patient se trouve dans la situation d'avoir à écrire à son symptôme, il construit une nouvelle relation avec son symptôme. Son symptôme devient un interlocuteur qui, par définition, est détaché de lui. Le patient peut alors se permettre de prendre certaines positions, surtout émotionnelles, vis-à-vis de son symptôme. Ainsi, (liste non exhaustive) la colère, le rejet, l'ambivalence peuvent être enfin exprimés. *Mes chères crises...*,

- Les cahiers

Il m'arrive assez fréquemment de demander à un patient de noter régulièrement sur un cahier certains éléments de sa vie qui peuvent avoir un rapport plus ou moins immédiat avec son symptôme. Ce cahier prend alors le statut d'un compagnon, d'un interlocuteur. Tout comme, pour l'adolescent(e), un journal intime peut accompagner ce passage délicat entre deux phases du cycle de vie, ce journal intime accompagne le patient dans le processus d'apprentissage contemporain de la thérapie.

- La relaxation

La relaxation, qui est le premier stade de toute séance d'hypnose, nous focalise sur certains stimuli sensoriels. Ces stimuli sensoriels, provenant du corps, court-circuitent les stimuli externes et nous mettent dans la situation de pouvoir explorer le corps dans une attitude d'observation.

- Les massages

Les professionnels qui ont un contact physique avec leurs patients savent fort bien que ce contact mobilise les émotions de leurs patients. Il est beaucoup plus facile de parler de soi-même lorsqu'on est touché, et cela ne correspond pas seulement à une régression.

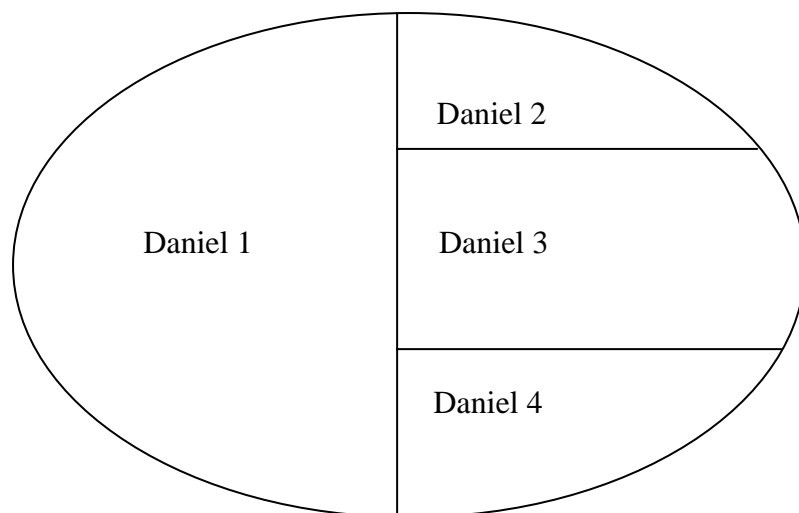
- La carte des personnalités

Lorsqu'un patient se trouve confronté à une variété de comportements qui le laissent perplexe ou dont il ne comprend pas toujours l'origine, il m'arrive de proposer à e patient d'établir une carte où sont représentées différentes parties de lui-même (par facilité de langage, assimilées à des personnalités différentes). Cette technique a d'abord l'avantage de mettre des mots sur un vécu dominé par l'incohérence et l'incompréhension. De cette manière sont ensuite mieux identifiés les circonstances, les contextes, les moments de la journée, de la semaine, du mois ou de l'année, où se manifeste telle ou telle position. En même temps que sont ainsi définies des personnalités différentes, un certain ordre peut être introduit dans des séquences comportementales chaotiques. Des contrats peuvent ensuite être éventuellement passés avec certaines personnalités, des lettres peuvent être adressés à d'autres, certaines peuvent définitivement disparaître. Cette méthode est dérivée de celle qui est maintenant utilisée avec les patients souffrants de troubles dissociatifs graves (...). p135-134

Dans la mesure où, par définition, le processus de dissociation échappe au sujet, il importe de ratifier pour lui ce processus. Il arrive en effet fréquemment que le sujet ait une amnésie de ce processus. C'est la raison pour laquelle la plupart des techniques de dissociation sont conduites de telle façon qu'elle laissent une trace pour le patient : soit une trace enregistrée ou une trace écrite. Ces traces donnent au patient la possibilité de vérifier le contenu de la thérapie en lui restituant l'ensemble de ses prises de positions. P137

Daniel a 45 ans, il est gestionnaire d'un club de tennis, il est assez libre de son temps. Divorcé, père de deux enfants âgés de 1à et 12 ans, il dispose de leur garde une semaine sur deux. Il consulte pour ce qu'il appelle lui-même un problème d'instabilité. (...) Autant il se montre efficace dans son activité professionnelle le jour, autant la nuit, il se laisse très facilement entraîné dans l'alcool, les drogues douces, le jeu et les rencontres faciles. Malgré tous ces excès, il reste donc parfaitement pertinent dans son travail et surtout lucide quand à sa situation. Il décrit parfaitement bien le cheminement qui l'amène chaque soir entre 22 et 2 » heures à sortir de chez lui pour reprendre le chemin des bars et des relations féminines qu'il effectue presque chaque soir. Je lui ai alors proposé de dessiner la carte des différents Daniel(s) pour commencer à mettre un peu d'ordre dans tout cela.

Daniel



Comme le montre ce schéma, plusieurs Daniel(s) se disputent le contrôle de son comportement. Le premier, Daniel 1 est celui qui prédomine au moment de la consultation. Un autre, Daniel 2, est capable, aux dires du patient, de se mettre dans des situations de grand danger qui mettent en péril son intégrité physique et psychologique. Le troisième, Daniel 3, est celui qui s'occupe de l'activité professionnelle. Le dernier, Daniel 4, est le père de deux enfants. A partir de ce schéma, une grande partie du travail thérapeutique a consisté à évaluer précisément les prérogatives de chaque personnalité. P 139

La grille aux neuf questions p 153-154-155

Axe générationnel	Axe corporel	Axe du changement
2. Qui protège qui ?	5. Comment est le corps ?	7. Qu'est ce qui est le plus dysfonctionnel ?
3. Quelle est la hiérarchie ?	1. Quelles sont les émotions induites ?	8. Quelle est la plus grande catastrophe ?
4. Où sont les loyautés et les trahisons ?	6. Quels sont les âges clandestins ?	9. Quel est le plus petit changement possible ?

Cette grille s'ordonne selon trois axes verticaux. L'axe de gauche correspond aux structures relationnelles de la famille. L'axe central est celui de l'individu ; enfin, à droite se situe l'axe du changement, autrement dit celui de la thérapie. La grille vise, face à une situation clinique, le plus petit changement possible et susceptible d'être mis en place par le thérapeute. Avant d'y parvenir, huit autres questions doivent trouver leurs réponses. Dans l'ordre :

Question 1 : Quelles sont les émotions induites ?

Cette première question est centrale, elle est en contact avec toutes les autres questions. Il s'agit ici des émotions que ressent l'intervenant face au patient, face à une situation clinique. Les émotions sont indéniables, irrépressibles et incontournables. Mais elles interfèrent sensiblement avec les décisions que peut prendre n'importe quel intervenant. Ces émotions s'entendent évidemment de la haine à l'amour. Il s'agit ici d'identifier d'abord ces émotions.

Question 2 : Qui protège qui ?

La protection est le mode d'interaction le plus homéostatique qui soit. La protection d'une personne envers une autre personne signifie : « je ne te crois pas capable d'affronter telle ou telle situation », ou encore « Aie confiance en moi, je sais mieux que toi ce qui est bon pour toi » .

Question 3 : Quelle est la hiérarchie ?

La hiérarchie dans un système familial, habituellement représentée sous la forme d'un génogramme, donne une image immédiate des règles de fonctionnement de ce système familial. Ces règles sont habituellement bouleversées dans les familles dysfonctionnelles.

Question 4 : Où sont les loyautés et les trahisons ?

Les loyautés et les trahisons lient et délient les relations interpersonnelles dans les familles mais également dans tous les systèmes humains.

Question 5 : Comment est le corps ?

Le décodage attentif des messages que le corps montre permet au thérapeute de recueillir, avec l'aide de son intuition, un très grand nombre d'informations.

Question 6 : Quels sont les âges clandestins ?

Chaque patient, ou chaque personne dans une famille dysfonctionnelle, outre son âge réel, montre une autre, plus fréquemment deux autres âges clandestins. Ces âges clandestins correspondent aux rôles et aux fonctions inhérents aux bouleversements de la hiérarchie familiale.

Question 7 : Qu'est ce qui est le plus dysfonctionnel ?

Ce qui est le plus dysfonctionnel se manifeste par la répétition. Lorsqu'une même prise de position, face à une situation clinique se répète dans des contextes différents, on peut parler de dysfonctionnalité.

Question 8 : Quelle est la plus grande catastrophe ?

Devant la plupart des situations cliniques, chaque intervenant a en tête la crainte d'une catastrophe qu'il se met, dès lors, en devoir d'éviter. Ce mécanisme est habituellement inconscient. Il n'en reste pas moins que dans la crainte de cette catastrophe bien des énergies se perdent et au lieu d'être constructive, l'activité du thérapeute se borne à l'évitement d'une catastrophe bien souvent imaginaire.

Question 9 : Quel est le plus petit changement possible ?

Ultime question, évidemment la plus importante, car elle ouvre sur l'avenir. La pertinence de la réponse à cette question est inversement proportionnelle à l'importance du changement évoqué. Il importe, en effet, que ce changement soit aussi tenu que possible pour être effectivement respecté avant qu'un autre changement, plus important celui-là, ne soit préconisé.

CCL

Malgré la pluralité, sinon la complexité, des éclairages que j'ai voulu apporter à une pratique de la psychothérapie, (...) il est probable que l'essentiel ne peut être démontré sans y revenir plus directement. A savoir que toute entreprise psychothérapeutique est une chose sérieuse. Il est encore cependant plus facile de considérer que plus la thérapie est longue, plus elle s'appuie sur de longs développements théoriques, plus elle va « en profondeur » et plus elle est efficace, donc sérieuse. J'ai tenté à l'inverse, d'ouvrir une porte sur une approche plus pragmatique, plus ludique, plus analogique et plus contextuelle de la thérapie. Et même si ces chemins là sont plus agréables, ils peuvent également devenir efficaces. (...) La stratégie est donc loin d'être de la magie. S'il existe cependant une magie, c'est bien celle de l'intuition du thérapeute. Car, à bien y réfléchir, la seule bonne leçon que peut un thérapeute à un autre thérapeute est de lui « montrer » qu'il est possible d'inventer, qu'il est possible d'être créatif, même face aux situations les plus lourdes et les plus décourageantes. Là également, cet enseignement ne peut se faire que très directement dans l'intimité, par exemple dans une supervision. P169