

UNIVERSITE DE NANTES

—————
FACULTE DE MEDECINE
—————

Année 2004

N° 113:

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

par

ELISE LELARGE

Née le 21 septembre 1975, au Mans

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2004

**APPROCHE PSYCHOTHERAPIQUE
SOLUTIONNISTE EN INSTITUTION**

A Propos d'une Adolescente en Situation de Crise

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Wilfrid MARTINEAU

Remerciements

A Monsieur le Professeur VENISSE

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de nous guider dans l'élaboration de cette thèse.

Nous sommes très reconnaissantes de votre disponibilité, de vos conseils et de l'intérêt que vous avez porté au sujet de notre travail.

Nous vous remercions pour l'enseignement reçu tout au long de notre DES de psychiatrie.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et admiration.

A Monsieur le Professeur AMAR

Vous acceptez d'être membre du Jury de notre thèse.

Vous nous avez transmis votre enseignement.

Nous en sommes très reconnaissantes et nous vous en remercions.

A Monsieur le Professeur MOUZARD

Nous vous remercions d'accepter de participer à notre jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect.

A Monsieur le Docteur MARTINEAU

Vous avez dirigé ce travail avec pertinence et bienveillance.

Vous nous avez formées à la pratique de l'hypnose et des psychothérapies brèves.

Vos conseils et votre accompagnement, tout au long de cette tâche et de notre cursus d'interne, nous ont été précieux.

Veillez trouver, ici, l'expression de nos remerciements sincères.

A Madame le Docteur FABLET-VERNGAUX

Tu me fais l'honneur et l'amitié de juger cet ouvrage.

Je te remercie chaleureusement pour tes conseils et ton soutien, tant professionnel que personnel.

A mes PARENTS, mon FRERE et ma SŒUR, ma BELLE-SŒUR et mon NEVEU,

Vous m'avez accompagnée, soutenue, encouragée, motivée... pendant ces longues années d'études. Vous en trouverez ici l'aboutissement et toute ma reconnaissance d'avoir rendu cela possible.

A ma COUSINE et sa FAMILLE,

Tu m'as fait le plaisir de relire ce travail, avec toute ton attention.

Merci.

Aux formateurs de l'AREPTA,

Les Docteurs Bardot, Betbèze, Servillat et Vallée :

Vous m'avez transmis votre intérêt pour l'hypnose et les thérapies brèves.

Vous m'avez conseillée et guidée tout au long de ma formation et pendant l'élaboration de cette thèse.

Je vous remercie pour la qualité et la richesse de votre enseignement, pour votre soutien et votre amitié.

Aux membres de ma promotion de l'AREPTA 2001 / 2004,

Bellisa, Claire, Florence, François, Isabelle, Jean-Luc MdR, Marion, Nathalie, Oliviers F. et L., Rose, Sophie, et Sylvie...

Pour votre enthousiasme, votre diversité, votre amitié, votre soutien, vos critiques, votre humour... Merci.

Au Docteur BYLL,

Pour tes qualités relationnelles, ta compétence professionnelle, ton amitié, je te remercie.

A tous ceux qui m'ont guidée pendant ma formation médicale et mon internat de psychiatrie,

Avec une pensée particulière pour les Drs Abiven, Duranel, Lafay, Nicolas et Robin...

Et pour Arlette, Brigitte, Claudette, Emmanuelle, Florence, Laurence et Sophie.

A mes amis...

Table des Matières

CHAPITRE I : LES COURANTS FONDATEURS DES THERAPIES BREVES ORIENTEES SOLUTIONS 17

I. Milton Erickson.....	18
A. <i>Biographie</i>	18
1. Des obstacles aux ressources personnelles.....	18
2. Une pratique originale de l'hypnose.....	19
B. <i>Une approche spécifique</i>	20
1. Une approche psychocorporelle	20
2. Chaque cas est unique : faire du sur-mesure	23
3. Le début du changement.....	24
II. L'école de Palo Alto	26
A. <i>Les esprits fondateurs</i>	26
1. G. Bateson	26
2. J. Weakland et Jay Haley.....	30
3. Don Jackson.....	32
4. V. Satir.....	33
5. P. Watzlawick.....	33
B. <i>Repères historiques</i>	35
1. Les conférences Macy	35
2. L'école de Palo Alto.....	35
C. <i>Bases conceptuelles de l'école de Palo Alto : une rupture épistémologique avec la psychiatrie classique</i>	39
1. Pragmatique de la communication : définition	39
2. L'interaction	40
3. Cybernétique de premier ordre	41
4. Niveaux de communication	44
5. L'information.....	45
6. Régulation des échanges.....	47
7. Théorie de l'apprentissage.....	50
8. La notion de réalité.....	53
D. <i>L'école de Palo Alto : techniques thérapeutiques</i>	56
1. Problèmes et tentatives de solutions	56
2. Le changement.....	58
3. Notions communes avec l'approche centrée sur les solutions :	60

CHAPITRE II : DE SHAZER, UNE APPROCHE CENTREE **SUR LES SOLUTIONS..... 62**

I.	Construction de l'approche centrée sur les solutions	63
A.	<i>Influence du constructivisme</i>	63
1.	Passer d'une vision homéostasique au changement.....	63
2.	Ethique et cybernétique de second ordre	64
3.	Critique des épistémologies positivistes	65
4.	Epistémologie constructiviste.....	65
5.	Système thérapeutique	66
B.	<i>Regard sur le patient</i>	67
1.	La notion de normalité.....	67
2.	Une approche non pathologisante	67
C.	<i>Abandon du structuralisme</i>	69
D.	<i>Porter son attention sur le langage</i>	71
1.	Quatre définitions du langage	71
2.	Déconstruction	72
3.	Lecture centrée sur le texte.....	73
4.	Jeux de langage	74
5.	Construire un sens	75
6.	Différence	75
II.	Principaux concepts : définitions	77
A.	<i>Limitation, difficulté, problème et solution</i>	77
B.	<i>Indépendance entre problème et solution</i>	78
C.	<i>Augmenter les choix</i>	79
D.	<i>Et la résistance ?</i>	80
E.	<i>L'objectif</i>	81
F.	<i>Les exceptions</i>	81
G.	<i>Quelques conseils et présupposés utiles</i>	82

III. Techniques thérapeutiques orientées sur les solutions.....	84
A. <i>La Relation thérapeutique</i>	84
1. Le thérapeute est en position basse	84
2. Développer une relation de confiance.....	85
3. Reconnaître la position du patient.....	88
B. <i>Passer du langage des problèmes au langage des solutions :</i>	
<i>techniques principales</i>	93
1. Savoir où l'on va : travail avec un objectif	94
2. La question miracle	97
3. Les Exceptions	99
C. <i>Autres outils thérapeutiques</i>	101
1. Les questions à échelle.....	101
2. Les feed-back.....	107
D. <i>Renforcer le changement : la deuxième séance et les suivantes</i>	110

CHAPITRE III : CONVERSATIONS THERAPEUTIQUES, **EXEMPLE CLINIQUE..... 112**

I. Quelques repères théoriques :	113
A. <i>Conversation thérapeutique</i>	113
B. <i>La notion de crise</i>	115
1. Définition	115
2. Crise, régulation et approche thérapeutique	116
C. <i>Contexte d'intervention : l'unité ESPACE</i>	118
1. Indications	118
2. Approche théorique	118
3. Organisation de la prise en charge	119
4. Ethique des thérapies brèves.....	120
II. Cas clinique	121
A. <i>Eléments antérieurs à l'hospitalisation</i>	121
1. Antécédents	121
2. Histoire familiale	121
3. Problématique actuelle.....	121
4. Diagnostic.....	122
B. <i>Prise en charge à l'unité ESPACE</i>	123
1. La question miracle	124
2. Qu'est-ce qui va mieux ?.....	132
3. Expérience hypnotique correctrice.....	138
4. L'augmentation des choix.....	149
5. Entretien familial - J 14.....	158
6. Résoudre les conflits	159
7. Orientation vers le futur	167
8. Liste des solutions.....	173
C. <i>Après l'hospitalisation</i>	175

Introduction

Le champ de la psychothérapie reste ouvert et permet plusieurs approches diverses et variées tant au niveau de leurs supports théoriques que de leurs applications pratiques.

Nous désirons présenter ici un des courants s'intégrant dans les approches systémiques : **les psychothérapies orientées sur les solutions**. Elles appartiennent aux thérapies brèves qui ont pour origine les travaux de l'école de Palo Alto ainsi que l'approche innovante et créatrice de Milton Erickson.

Nous souhaitons préciser avant tout le sens du terme « bref » associé à celui de thérapie. Dans notre acception, il regroupe trois idées :

- La notion du temps passé par le patient en thérapie : le plus court possible, dans le but d'encourager son autonomie dans les relations avec les autres.
- La volonté d'initier le changement, le plus rapidement possible, en laissant au patient le choix de poursuivre ensuite son propre chemin.
- *L'importance de l'expérimentation*, par le patient d'un nouveau rapport au monde à la fois corporel, intellectuel et affectif.

La thérapie brève est fréquemment associée à l'idée de *manipulation*. Nous voulons donc, en introduction, faire le point sur cette notion.

François Roustang dans *La fin de la plainte* (72) s'interroge sur la « manipulation thérapeutique ». Il explique que :

« dans toute relation humaine, on ne cesse jamais de manipuler, c'est-à-dire directement ou indirectement de vouloir influencer le partenaire. » (72)

Nous montrerons, dans notre ouvrage, comment les thérapies brèves mettent au cœur de la pratique thérapeutique la « relation » entre le patient et son entourage, le patient et son problème ou ses solutions, le patient et le thérapeute...

Il nous paraît donc important de définir ici ce que nous entendons à travers le terme « influencer ». Nous verrons comment les travaux de Bateson et de l'équipe de Watzlawick sur la communication mettent en évidence qu'« on ne peut pas ne pas communiquer » et donc ne pas influencer l'autre avec qui nous sommes en relation. (47) Nous proposons donc de nous interroger sur cette influence inévitable.

François Roustang parle en ces termes de l'échange entre le thérapeute et son patient :

« Le thérapeute doit se mouvoir sans cesse et se laisser guider, séquence par séquence, en fonction des mouvements propres de l'interlocuteur. Il n'a pas à dominer l'ensemble de la situation, il doit par son déplacement continu faire apparaître l'espace de l'autre et le déployer. » (72)

Cette idée « d'accordage », dans un mouvement réciproque du thérapeute vers le patient, a été développée par Milton Erickson et est utilisée par beaucoup d'autres psychothérapeutes à sa suite.

François Roustang incite à se méfier des « outils » thérapeutiques. Il précise que :

« l'outil ne dit pas lui-même les usages moraux ou immoraux que l'on peut en faire. (...) Une éthique est nécessaire pour en limiter ou déterminer l'usage. » (72)

Il explique que si un thérapeute utilise des techniques thérapeutiques comme des outils, c'est que l'instrument dont il se sert lui est étranger. Il a, dans ce cas, effectivement besoin de règles et de codes pour s'en servir.

Mais si

« l'instrument ne fait pas nombre avec la personne qui l'utilise, qu'il en est l'émanation, la pratique inclut l'humanité et la moralité de la personne, elle est imprégnée de la plus personnelle et de la plus respectueuse des éthiques. » (72)

Il ajoute :

« Tant que l'outil ne prolonge pas la main au point d'être encore la main qui redresse, réoriente et déploie, éthique, manipulation et thérapie restent trois mots qui s'opposent. Mais si l'éthique est la manipulation qui guérit, les deux termes ne font qu'un. » (72)

Nous tenterons de démontrer comment de Shazer cherche toujours la position la plus respectueuse du patient, se souciant de s'adapter à sa vision du monde, proposant de l'encourager à construire ses propres solutions. Même si, pour faciliter l'enseignement de la pratique thérapeutique orientée sur les solutions, il développe un modèle de questions particulières, il veille continuellement à développer une approche personnalisée pour chacun, à tenir « compte, tout le compte et rien que le compte » (72) des spécificités de la personne ou de la famille.

« L'approche centrée sur les solutions », (79) mise au point par Insoo Kim Berg et Steve de Shazer, s'est développée à partir de 1982 au *Brief Familial Therapy Center* du Milwaukee.

Steve de Shazer naît en 1940. Il fait ses études à l'université de Wisconsin, dans le Milwaukee. Il se forme aux thérapies brèves à la fin des années soixante notamment avec John Weakland. (81) (82)

D'origine coréenne, Insoo Kim Berg émigre aux Etats-Unis pour étudier, elle aussi à l'université de Wisconsin. Elle se forme aux thérapies brèves au *Brief Therapy Center* de Palo Alto. (82)

De Shazer et Berg sont cofondateurs du *Brief Family Therapy Center* du Milwaukee (82). Ce centre à but non lucratif, créé en 1978, reçoit des patients en ambulatoire pour les aider à résoudre des problèmes psychologiques. Ses objectifs principaux sont :

- « trouver les moyens les plus efficaces et efficients¹ pour aider les gens à atteindre leur 'état d'être' désiré, quel que soient les domaines qui les préoccupent. »
- « toujours chercher à mettre en valeur les capacités, les forces et les bonnes intentions des patients. » (82)

De Shazer en sera le directeur de 1978 à 1989. Travaillant dans un premier temps dans l'optique de l'école de Palo Alto, il y développe progressivement, avec son équipe, sa propre approche, plus spécifiquement orientée sur les solutions.

Les trois principaux ouvrages de Steve de Shazer sont :

- *Keys to Solution in Brief Therapy* (1985), *Clés et solutions en thérapies brèves* (1998) (79),
- *Putting difference to work* (1991), *Différence, Changement et thérapie brève* (1996) (80),
- *Words Were Originally Magic* (1994), *Les mots étaient à l'origine magiques* (1999) (81).

Quand à Insoo Kim Berg, elle a publié avec Peter de Jung un ouvrage très didactique développant les stratégies de l'entretien centré sur la solution :

- *Interviewing for Solutions* (1998), *De l'entretien à la solution* (2002) (46)

Par de nombreuses publications, séminaires et congrès, ils contribuent, encore aujourd'hui, à la diffusion et à l'enseignement de cette technique, aux Etats-Unis et à travers le monde.

¹ L'**efficacité** d'un traitement est sa capacité à faire disparaître la plainte du client, tandis que son **efficience** est sa propension à le faire en un temps court. (58)

Les travaux de Steve de Shazer sont inspirés de deux approches différentes mais liées par leur histoire : celles de Milton Erickson et celle de l'école de Palo Alto.

Dans la première partie de notre travail, nous présenterons les éléments principaux de ces deux courants en précisant leurs points communs et leurs différences avec l'approche de Steve de Shazer. Après avoir développé quelques notions clés du travail éricksonien, nous aborderons les thérapies « centrées sur le problème ». Celles-ci ont été structurées au *Mental Recherche Institut* puis au *Brief Therapy Center* de Palo Alto au cours des années soixante, entre autre par Watzlawick, Weakland et Fisch, à partir des idées de Gregory Bateson.

Dans la seconde partie, nous évoquerons d'abord les positions épistémologiques et les concepts philosophiques sous-jacents à l'approche centrée sur les solutions. Les théories « post-structuralistes » et « constructivistes » seront abordées ainsi que les notions de « différence » et de « résistance ». Nous chercherons à déterminer le lien entre, d'une part, le statut attribué à la réalité ou à la connaissance et d'autre part le sens donné au symptôme, à la maladie ou au changement.

Nous aborderons ensuite les techniques particulières mises au point au B. F. T. C. du Milwaukee pour centrer les entretiens thérapeutiques sur les solutions et les points forts des patients : construire une relation de confiance, poser la question miracle, définir un objectif, rechercher des exceptions...

Enfin, dans le dernier chapitre, nous proposerons notre propre travail clinique, cherchant à illustrer ces positions théoriques par un exemple concret. Le cas clinique d'une adolescente de 19 ans, hospitalisée pour une rechute d'un état dépressif, sera décrit et commenté. Nous exposerons alors les techniques utilisées et les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement thérapeutique de cette jeune fille.

Chapitre I :

**Les courants fondateurs
des thérapies brèves
orientées solutions**

*« Deviendrai-je le héros de ma propre vie,
Ou bien ce rôle sera-t-il tenu par un autre ? »*

Charles Dickens

David Copperfield

I. Milton Erickson

Milton Erickson est un personnage important de l'histoire des thérapies brèves. (102) Sa pratique de la thérapie a influencé l'approche clinique de Steve de Shazer. Nous présentons ici une biographie de ce personnage ainsi que les principales caractéristiques de son travail.

A. Biographie

1. DES OBSTACLES AUX RESSOURCES PERSONNELLES

Erickson est née en 1901 dans le Nevada, quelques années avant que sa famille n'émigre pour une ferme du Wisconsin. Il a sept sœurs et un frère.

Il est connu pour ses handicaps physiques, invalidants, qui contrastent avec son parcours tant personnel que professionnel et sa renommée internationale. Milton Erickson est daltonien, dyslexique et perçoit mal les rythmes musicaux. A l'adolescence, il est atteint d'une première poussée de poliomyélite qui le laisse pour mort et dont il gardera de graves séquelles.

Loin de se laisser décourager par les aléas de la vie et les épreuves qu'il doit traverser, il affronte, au contraire, les difficultés.

Après la première poussée de poliomyélite, il réapprend, seul, à marcher, en observant sa plus jeune sœur, elle-même en train de faire ses premiers pas. Il utilise sans le savoir les phénomènes idéo-moteurs décrits par Bernheim (87). Il passe progressivement, après plusieurs heures de travail, de la pensée du mouvement, au mouvement corporel automatique, et enfin, au mouvement volontaire. Les jours passés à observer ses frères et sœurs, lui révèlent l'importance du langage corporel accompagnant le message verbal. Il décèle que ces deux langages (verbal et non verbal) ne sont pas toujours concordants et qu'une personne peut dire « oui » tout en montrant, physiquement, qu'elle pense « non ». Dès lors, Erickson observe la manière dont les gens disent quelque chose tout autant que ce qu'ils disent. (101)

Lors de la deuxième poussée de la maladie, c'est à la douleur que Milton Erickson est confronté. Il développe alors, lors de longs apprentissages, soutenu par sa deuxième femme, ses capacités d'autohypnose, déplaçant, réduisant, défocalisant ses douleurs. Il utilise et expérimente pour lui-même ce qu'il transmet ensuite à ses patients. Ses interventions n'en sont que plus pertinentes et mieux acceptées. (87)

Finalement, la poliomyélite atteint même sa voix, son principal outil de travail. Lynn Hoffman rappelle à ce propos, dans la préface de *My Voice will go with You*, (70) que

« le discours écrit ne peut (...) rendre compte des pauses, des sourires, des regards perçants dont Erickson ponctuait ses narrations, pas plus que ne peut s'écrire sa maîtrise de la voix et du timbre. » (70)

Il doit donc faire de nouveaux efforts pour continuer à communiquer, lui qui attache tant d'importance au rythme et à l'intonation du discours du thérapeute.

2. UNE PRATIQUE ORIGINALE DE L'HYPNOSE

Erickson entre à la faculté de médecine à 21 ans. Il se marie en 1923 et a trois enfants de cette première union qui durera 10 ans. Il découvre l'hypnose lors d'un séminaire de troisième année de médecine avec le docteur Clark Hull. Il s'y intéresse pour se démarquer aussitôt des positions universitaires de l'époque. Il montre que

« les phénomènes de transe constituent une partie normale de la vie de tous les jours, [appartenant] à la dynamique interne de chaque individu qu'il est indispensable de respecter. » (87)

D'autoritaire et basée sur les suggestions directes, l'hypnose devient « naturaliste », « permissive » et « utilisationnelle ». (87)

Erickson termine ses études de médecine en 1928.

Il occupe ensuite différents postes à l'hôpital, s'intéressant à la recherche en psychiatrie et en hypnose. Il multiplie les expériences, tant professionnelles que familiales, avec sa deuxième épouse, Elizabeth Moore et ses cinq nouveaux enfants.

Erickson répond à la demande de Margaret Mead pour l'aider dans ses recherches sur les trances des Balinais. Il publie des articles destinés au grand public dans « Life Magazine » et se voit confier la rédaction de l'article sur l'hypnose dans l'*Encyclopaedia Britannica*. Enfin, il participe aux conférences Macy avec G. Bateson. (101)

En 1948, gêné par de nombreuses allergies et des douleurs chroniques, Erickson, sur les conseils de son médecin, s'installe avec toute sa famille à Phoenix en Arizona. Au même moment, il quitte la pratique hospitalière pour installer son cabinet à son domicile. Il reçoit les patients dans son bureau, les ayant fait attendre dans son salon, au milieu de toute sa famille.

Erickson devient à la fin des années cinquante, le président de l'*American Society of Clinical Hypnosis* et le rédacteur en chef de l'*American Journal of Clinical Hypnosis*. (87)

C'est à cette époque que John Weakland et Jay Haley, travaillant au projet Bateson, sont délégués pour aller l'observer et l'écouter à son domicile. Jay Haley, par ses nombreuses publications, diffuse largement les idées d'Erickson et participe à sa célébrité. Il le surnommera : « un thérapeute hors du commun ». (41)

Jeffrey Zeig, un de ses élèves, crée la *Milton Erickson Fondation* de Phoenix et organise le premier congrès international d'hypnose éricksonienne en 1980. Erickson meurt, quelques mois seulement, avant la manifestation.

B. Une approche spécifique

Milton Erickson a toujours travaillé seul, en original. Il pratiquait l'hypnose et la psychothérapie, à sa façon... C'est justement cette approche très personnelle qui a fasciné plusieurs de ses contemporains (dont Steve de Shazer) et qui continue à intriguer nombre de thérapeutes à l'heure actuelle. Erickson ne faisait

« guère de différences entre la thérapie, la supervision et l'enseignement : il utilisait les mêmes techniques d'influence. Pour lui, un changement est un changement et la thérapie n'est qu'un apprentissage comme les autres. » (101)

Nous présentons, ici, trois principaux aspects du travail d'Erickson qui ont sans doute influencé Steve de Shazer.

1. UNE APPROCHE PSYCHOCORPORELLE

Que ce soit l'approche de Palo Alto que nous détaillerons après, celle d'Erickson ou celle de Steve de Shazer, la communication, dans ses aspects verbaux et corporels est au cœur de la pratique thérapeutique.

Milton Erickson a particulièrement développé l'art de cette communication verbale et non verbale, de cette résonance entre le patient et le thérapeute.

Utiliser les ressources des patients

Pour Erickson, l'objectif de la séance de thérapie est de permettre aux patients de transposer leurs expériences et leurs apprentissages passés dans leur problème. (48) Cela leur permet, dit-il, de découvrir une nouvelle dimension à la situation dans laquelle ils sont enfermés. Ils retrouvent alors, par ce processus, leurs capacités à résoudre les problèmes et peuvent sortir de leurs difficultés.

Pour ce thérapeute, les ressources sont des capacités inconscientes. Quand elles sont disponibles, une personne peut librement les utiliser pour faire face aux événements de sa vie. La définition de l'inconscient retenue par Erickson est tout à fait différente de l'acception freudienne. Il nous paraît donc important de la préciser ici. Michel Kerouac fait le commentaire suivant :

« pour Erickson, est inconscient tout ce qui n'est pas conscient. L'inconscient est une sorte de réservoir de ressources. (...) dans lequel, entre autres, deux potentiels, adaptatif et rééducatif, sont emmagasinés et prêts à être mis au service d'un apprentissage. (...) C'est le lieu où le sujet peut trouver, avec l'aide contextuelle du thérapeute, les solutions non utilisées, ses capacités restées intactes, non explorées. » (48)

L'inconscient est ici notre allié, notre guide le plus précieux. C'est la partie la plus riche de l'individu. (50) Françoise Kourilsky, schématise cette conception de la façon suivante :

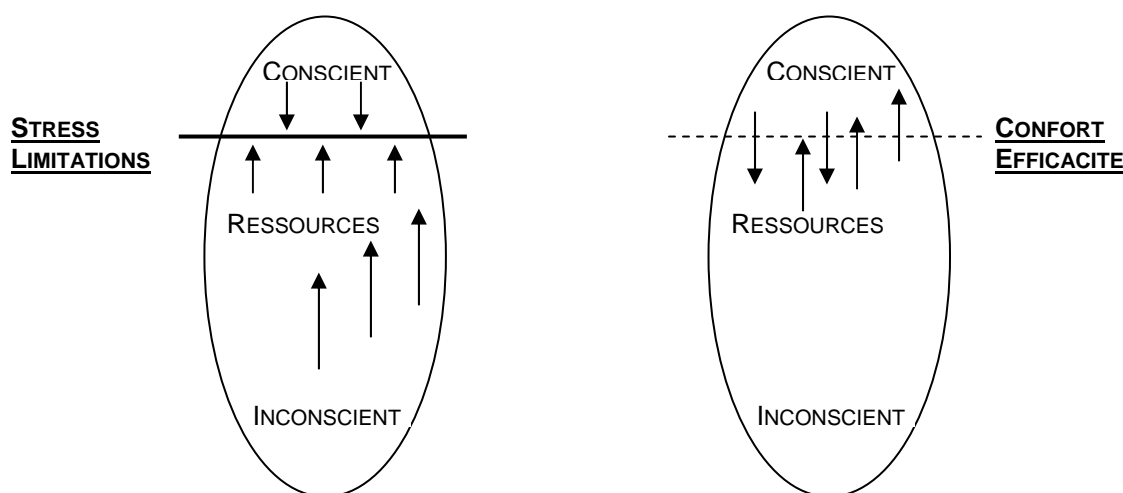


Figure 1

Le sujet, aux prises avec un problème, a perdu le contact avec ses ressources. La coopération avec son inconscient s'effectue mal. Il ne sait plus le mobiliser.

C'est un peu comme si le conscient avait pris le pouvoir, faisait toujours appel aux mêmes mécanismes inefficaces et redondants. (50)

Pour mieux comprendre cette notion particulière d'inconscient, François Roustang, dans *La fin de la plainte* (72), propose une métaphore empruntée à Edelman (22) et au domaine de l'immunologie :

« Le système [immunitaire] de reconnaissance engendre d'abord une population diversifiée d'anticorps pour ensuite sélectionner *a posteriori* celles qui s'ajustent le mieux, ce qui ne l'empêche nullement de garder en mémoire le souvenir de ses expériences passées. Il en serait de même pour le cerveau humain dont la puissance combinatoire touche à l'infini et qui n'est donc jamais sans ressources pour percevoir les complexités du monde extérieur dont les types de relations, si nombreux soient-ils, restent infimes au regard des siens. »
(72)

Ce qui est fondamentale dans cette approche est la conviction profonde que le sujet possède les capacités nécessaires pour faire face à toute situation. C'est l'accès aux capacités qui est empêché. Et c'est ici que se situe le rôle du thérapeute : permettre au patient de retrouver la souplesse de ses mécanismes de réponse.

François Roustang, souligne que :

« L'adaptation du vivant à son environnement n'a rien à voir avec la soumission à l'idéologie dominante. Elle est réanimation du corps et par là même réactualisation de son rôle dans le système actuel des rapports aux êtres et aux choses, elle est le déploiement de ses possibilités dans le réel où il est placé. »
(72)

Les séances de thérapie sont le lieu pour faire des expériences inédites qui ouvrent de nouvelles possibilités dans le contexte particulier de la situation où se trouve chaque patient. (50)

De Shazer ne fait pas directement référence à cette notion d'inconscient mais bien à celle des ressources. Pour lui, la relation thérapeutique construite sur un jeu de langage à le même objectif que celui d'Erickson : développer les capacités des patients à construire leurs propres solutions.

Les métaphores

Erickson utilisait des métaphores pour véhiculer ses messages thérapeutiques, des histoires qui lui permettaient de communiquer en même temps avec « le conscient » et « l'inconscient » de ses patients (tels qu'il les définissait) en utilisant à la fois le langage verbal et le non verbal...

En effet, de Shazer précise que l'attrait des histoires d'Erickson réside dans la « façon » dont il les racontait.

« Sans le personnage d'Erickson-le-subtil qui transforme des histoires ordinaires en histoires captivantes, les rapports d'Erickson seraient très ennuyeux », dit-il. (81)

Cette « façon » de transmettre les histoires comprend certes, les mots choisis par le narrateur, mais surtout les intonations de voix, les pauses, les attitudes ainsi que le contexte entier de la situation où celui-ci raconte l'histoire... Michel Kerouac, qui s'est beaucoup inspiré de l'approche éricksonienne dans son propre travail, définit une métaphore comme :

« une figure de style qui s'adresse à l'imaginaire de la personne plutôt qu'à sa logique, une comparaison dont on a omis le mot « comme », donnant ainsi une puissance évocatrice à l'image. » (48)

Les métaphores permettent, selon Erickson, de passer outre les craintes et les appréhensions conscientes qui freinent les changements. Elles engendrent un recadrage analogique au niveau inconscient et une nouvelle compréhension de la situation.

Michel Kerouac précise :

« dans un contexte clinique, la métaphore ouverte offre au patient la chance de participer à l'élaboration d'une histoire. Le thérapeute assure la mise en place du cadre thérapeutique et aide le patient à chercher, à trouver ses propres solutions. » (48)

De Shazer travaille dans le même esprit. Il développe un jeu de questions spécifiques qui comportent en elles-même le recadrage analogique de la situation du patient. Elles le focalisent sur les aspects de sa vie utiles à la construction de solutions et à la résolution de son problème.

Les métaphores favorisent l'autonomie du sujet. Celui-ci qui fait appel à sa créativité pour développer des stratégies personnelles. Nous verrons comment, « la question miracle » par exemple, est une métaphore qui invite le patient à imaginer une journée de sa vie sans problème et le fait participer activement au processus de création de solutions.

2. CHAQUE CAS EST UNIQUE : FAIRE DU SUR-MESURE

Erickson entre en contact avec ses patients comme Bateson, l'anthropologue, qui observe et regarde attentivement les tribus qu'il étudie en cherchant à les comprendre de l'intérieur. Erickson respecte et utilise « l'être au monde » des patients, leur culture et leur vision des choses. Il cherche à entrer dans leur compréhension de la situation pour la modifier de l'intérieur respectant leur propre logique.

Erickson tâchait toujours d'utiliser les capacités propres du sujet plutôt que de lui imposer des schémas de pensées extérieurs.

Jefrey Zeig explique que :

« L'utilisation est un principe central de la thérapie éricksonienne. » (106)

C'est à dire que le thérapeute doit être prêt à utiliser tout ce qui constitue le monde du patient : son comportement, ses émotions, son langage verbal et non verbal, ses croyances... (13)

Cette approche est non normative. Elle ne vise pas à stigmatiser un patient en posant un diagnostic. Elle cherche à aider les gens à résoudre leurs problèmes, que cette personne soit un patient, un visiteur, un élève ou un confrère...

« La psychothérapie du patient A n'est pas la psychothérapie du patient B. Pour faire du sur-mesure, le thérapeute doit penser : A quoi le patient accorde-t-il de la valeur ? Qu'elle est la position qu'adopte le patient ? De quoi le patient est-il fier ? » (106)

rappelle Erickson. Le thérapeute utilise la vision du monde des patients pour faire du sur-mesure et leur parler dans leur propre langage. De même, de Shazer est extrêmement attentif à s'adapter à chacun de ses patients, à les respecter dans leur spécificité et leur vision du monde.

3. LE DEBUT DU CHANGEMENT

Le rôle du thérapeute est d'accompagner le patient vers le début du changement, l'étape initiale. Erickson raconte :

« Vous essayez de faire quelque chose qui amène un changement chez le patient... Un changement, quel qu'il soit, parce que ce patient veut un changement, quel qu'il soit et il va l'accepter comme changement. Et le changement va se développer en harmonie avec ses propres besoins... Cela ressemble fortement à faire rouler une boule de neige le long du versant d'une montagne. Cela commence comme une petite boule de neige, mais elle devient de plus en plus grosse au fur et à mesure qu'elle descend... et devient une avalanche qui prend la forme d'une montagne. » (36) (80)

Le rôle du thérapeute est d'initier le changement. Nous retrouvons ce point dans toutes les thérapies brèves. De Shazer retranscrit comme ceci le point de vue de John Weakland à ce sujet.

« Quelque soit l'horreur et la complexité de la situation, un petit changement dans le comportement d'une personne peut mener à des différences profondes, d'une portée considérable dans le comportement de tous les individus impliqués. » (83)

Le patient reste libre dans cette situation de gérer sa vie comme il l'entend. Proposer une aide ponctuelle, en cherchant simplement à initier le changement, respecte l'autonomie de la personne et évite l'apparition d'une dépendance envers le thérapeute.

L'école de Palo Alto, que nous allons présenter maintenant, a beaucoup étudié les séances thérapeutiques d'Erickson, notamment par l'intermédiaire de deux de ses membres : Jay Haley et John Weakland.

II. L'école de Palo Alto

A. Les esprits fondateurs

Plusieurs personnes importantes ont participé, plus ou moins directement, à l'élaboration de la pratique thérapeutique telle qu'elle s'est formée à Palo Alto. Ce courant des thérapies brèves s'est forgé en intégrant différents points de vues théoriques et expériences pratiques (séances de thérapies individuelles ou familiales).

Certains fondateurs sont des chercheurs et des penseurs. Ils ont participé au développement de conceptions nouvelles dans les domaines scientifiques. Ils les ont ensuite appliqués à la psychothérapie. D'autres, sont des thérapeutes, qui ont expérimenté, auprès de multiples patients, des approches innovantes. D'autres, enfin, ont tenté de dégager des modèles et des règles d'intervention, à partir de ces expériences pratiques et de ces fondements théoriques. Nous présentons ici ceux qui nous ont paru les plus importants pour à notre sujet.

1. G. BATESON

Bateson est, avant tout, le penseur de l'équipe des chercheurs de Palo Alto. Il est anthropologue et spécialisé dans l'étude de la communication. Ses contacts avec la psychiatrie ne forment qu'une petite partie de son œuvre. Son apport à cette discipline est pourtant fondamental. S'il a modifié, en profondeur, la vision traditionnelle de la maladie mentale, sa vocation personnelle se veut beaucoup plus générale et interdisciplinaire.

L'héritage culturel familial

La famille de Grégory Bateson appartient à la « bourgeoisie intellectuelle anglaise ». Son grand-père et son père sont connus au St John's Collège de l'université de Cambridge. Le premier y était principal. Le second, William Bateson, était professeur de zoologie. Il a entrepris de nombreux travaux sur l'hérédité et est à l'origine du terme de « génétique ».

(8)

C'est, avant tout un homme de sciences, humaniste, amateur de peinture et de poésie. Il adopte les idées de William Blake -peintre, graveur et poète visionnaire anglais- et celles de Samuel Butler -écrivain britannique-,

« ces piliers de l'indépendance d'esprit (...) qui refusent d'abdiquer leurs intuitions personnelles devant le progrès scientifique et qui défendent la possibilité d'une vision unitaire de la matière et de l'esprit. » (101)

William Bateson conteste les idées strictement matérialistes. Il se prémunit contre une vision simpliste du monde telle qu'elle peut apparaître à certains dans les théories de Newton. Il transmet à ses enfants une culture générale et diversifiée : observation de la nature lors de promenades en forêt, lecture de la bible « pour qu'ils ne deviennent pas des athées illettrés », visite des expositions et musées européens... (53)

Repères biographiques

Grégory Bateson est né en 1904 en Angleterre. Il y fait, sur les traces de son père, des études de biologie puis se dirige finalement, en 1925, vers l'anthropologie. Il s'intéresse alors à la recherche méthodologique permettant de décrire une société. Il effectue plusieurs voyages d'études dans des tribus indigènes de la Nouvelle-Guinée, observant notamment les Iatmul. Il y rencontre, en 1932, Réo Fortune et Margaret Mead, des anthropologues formés à l'école américaine. Les trois chercheurs s'enrichissent mutuellement de leurs compétences respectives : méthodologie et psychologie pour les américains, théorie et épistémologie pour l'anglais. (101)

C'est de ce travail que naît le premier ouvrage important de G. Bateson : *Naven*. (1) Il tente d'y construire une « théorie de la culture » plus générale que la simple société étudiée. Il s'intéresse à l'étude des « interactions » et introduit le terme de « schismogénèse ». Son point de vue « fonctionnaliste », cherche à présenter les pratiques culturelles sous l'angle des « rôles » qu'elles tiennent dans la société. Il se démarque en cela des « évolutionnistes », qui, replacent simplement l'évènement, dans sa perspective historique. (24)

Bateson épouse Margaret Mead, en 1935, après son divorce d'avec Réo Fortune et repart avec elle à Bali. Au retour de ce voyage, ils s'installent à New York et publient en 1942 *Balinese Character : A Photographic Analysis*. (9) A l'aide de multiples photos annotées, ils décrivent les interactions, notamment entre une mère et son enfant. Ils attachent une importance particulière au comportement non verbal. Bateson y développe

une première version de sa « théorie de l'apprentissage » et pose les prémisses de la « théorie de la double contrainte ». (101)

C'est à cette époque que commencent les conférences Macy et l'élaboration des théories sur le feed-back et la cybernétique auxquelles participent activement Mead et Bateson qui cherche à introduire ces théories mathématiques dans les sciences sociales.

Il entre dans le monde de la psychiatrie en 1948, aux côtés de Jurgen Ruesch, et part travailler à San Francisco.

Il se sépare de Mead en 1949.

Inspiré par les travaux sur la cybernétique, il oriente son travail vers une théorie générale et interactionnelle de la communication et publie avec Ruesch : *Communication, the Social Matrix of Psychiatry* en 1951. (74) La réflexion de Bateson sur la théorie des types logiques de Russell et Whitehead, les paradoxes et la façon de les déjouer en est à ses débuts. (8)

Une bourse de la Fondation Rockefeller pour étudier les « paradoxes de l'abstraction dans la communication » lui est accordée. Il fonde alors, avec John Weakland, Jay Haley et William Fry : *le projet Bateson* en 1952. Don Jackson rejoint le groupe deux ans plus tard. Bateson et son équipe développent la théorie de la double contrainte. (Le premier article sur ce thème : *Toward a Theory of Schizophrenia*, (7) est paru en 1956 dans *Behavioral Science*.) Mais leurs points de vues divergent en ce qui concerne les applications pratiques de cette théorie. Bateson est intéressé par une recherche plus large et plus générale touchant la communication et l'organisation des systèmes vivants. Il ne souhaite pas voir appliquer trop tôt ses idées, à un domaine aussi précis, que le traitement de la maladie mentale. (102)

Il quitte le groupe pour se consacrer de nouveau à l'étude de la communication animale, comme il avait commencé à le faire, lors de ses travaux sur la métacommunication, en regardant jouer des loutres au zoo. C'est en observant les dauphins des îles Vierges, dans les années soixante, qu'il structure sa théorie de l'apprentissage. Finalement, en 1972, il publie : *Steps to an Ecology of Mind* (3) qui regroupe l'ensemble de ses travaux et reprend ses textes les plus importants. Sa renommée s'accroît. Il poursuit son activité d'enseignement à l'université tout en répondant à des invitations pour donner des conférences sur ses recherches dans différents états américains.

Atteint d'un cancer du poumon en 1978, Bateson meurt en 1980.

La méthode de travail et les objectifs

« Bateson exhorte les scientifiques à renoncer à la vision simple à laquelle ils sont accoutumés, et à la compléter par une approche poétique de leur étude. [Il ose] réintroduire dans la science des concepts qu'on avait eu tant de mal à en extirper : l'amour, l'esprit, la beauté et même le sacré. » (101)

explique Jean Jacques-Wittezaele. Comme son père, il se méfie avant tout de l'application trop rapide de découvertes scientifiques. Sa position « intellectualiste » et son intérêt pour l'interdisciplinarité sont en rupture avec le milieu scientifique des chercheurs de l'époque. Tout au long de son parcours, Bateson reprend les mêmes idées pour les affiner et les préciser, étendant ses théories à des domaines de plus en plus larges. Il tentera d'abord de dégager un modèle d'analyse des sociétés. Puis, il s'intéressera plus particulièrement à la communication et au traitement de l'information. La pathologie psychiatrique restera, pour lui, un exemple parmi d'autres de la mise en évidence d'un problème de communication. (102)

Là où le psychiatre traditionnel, ayant un modèle théorique en tête, cherche à l'appliquer à son patient pour former un diagnostic, Bateson, lui, s'interroge sur le contexte qui permet l'émergence de ce comportement et voit, à la place du symptôme, une réponse adaptée à un contexte donné. (24)

Pour transmettre sa vision du monde, en terme d'interaction généralisée, Bateson utilise la métaphore d'un système écologique, d'un arbre dans une forêt, pour décrire l'homme dans son environnement. Il explique que nous ne pouvons étudier l'arbre sans tenir compte de l'eau, des minéraux, du sol, de l'air, de la pollution, de l'ombre et des autres organismes qui l'entourent. Cet arbre unique est le résultat d'une adaptation à son contexte de vie.

L'homme apprend, évolue et change, au cours de ses contacts avec son milieu, grâce aux feed-back qu'il reçoit. Progressivement, il s'organise et se structure. Il apprend à se comporter d'une façon adaptée à son milieu familial et social.

Bateson n'envisage l'homme que dans l'écosystème global de la nature. Il définit ce qu'il appelle l'écologie de l'esprit de la façon suivante :

« c'est le genre de choses qui se passent dans la tête de quelqu'un, dans son comportement et dans ses interactions avec d'autres personnes lorsqu'il escalade ou descend une montagne, lorsqu'il tombe malade ou qu'il va mieux.

Toutes ces choses s'entremêlent et forment un réseau. (...) On y trouve à la base le principe de l'interdépendance des idées qui agissent les unes sur les autres, qui vivent et qui meurent. (...)

Nous arrivons ainsi à l'image d'une sorte d'enchevêtrement complexe, vivant, fait de luttes et d'entraide, exactement comme n'importe quelle montagne avec des arbres, les différentes plantes et les animaux qui y vivent - qui forment en fait une écologie. » (5)

2. J. WEAKLAND ET JAY HALEY

D'origine irlandaise par son père, allemande par sa mère, John Weakland, est né en 1919, à Charleston en Virginie-Occidentale aux Etats-Unis. Suivant la tradition familiale, il entreprend des études de chimie et devient ingénieur, comme son frère et son cousin. Mais il ne se plaît pas réellement dans ce métier. Après quelques années d'exercice, il décide de faire une pause. (101)

Il passe alors trois mois à Princeton, partageant son temps entre, d'un côté, des promenades en campagne et, de l'autre, des lectures diverses en sciences humaines et en psychologie, à la bibliothèque universitaire. Encouragé par cette expérience enrichissante et de nouveau déçu par son travail de deux ans à New York pour une grande raffinerie de pétrole, il décide de reprendre ses études en sciences sociales. Ainsi, il découvre le programme de cours de Gregory Bateson, à la *New School of Social Research*. Weakland décide de rencontrer Bateson avant de s'inscrire. Le contact entre les deux hommes est rapide et amical... John Weakland commence des études d'anthropologie. (101)

Très vite passionné par les sciences sociales, il complète sa formation par les cours de Margaret Mead, à l'université de Columbia et mène un travail de recherche avec Ruth Benedict, sur la culture chinoise. Ils étudient les nombreuses communautés installées aux Etats-Unis. Il y rencontre alors sa future épouse, Anna Wu.

Jay Haley, lui, est né dans le Wyoming. Il suit d'abord des cours de théâtre à Los Angeles puis des cours de communication à Palo Alto, à l'université de Stanford. (101)

En 1952, John Weakland est en doctorat d'anthropologie et Jay Haley en maîtrise de communication... Tous deux préparent leur thèse avec plus ou moins de facilités et d'enthousiasme. Bateson, de son côté, vient de recevoir la bourse de la *Fondation Rockefeller*.

Weakland, qui connaît bien G. Bateson, reçoit une proposition de la part de celui-ci pour participer à son projet de recherche. Il part avec sa femme, le rejoindre à San Francisco, l'année suivante.

Pour sa thèse, Haley s'intéresse à l'analyse d'un film, sous l'angle de la communication. C'est pour obtenir de l'aider dans ce travail, qu'il contacte G. Bateson.

Celui-ci lui propose, après une seule entrevue, houleuse et passionnante, un poste de chargé de recherche dans son équipe. (101)

John Weakland et Jay Haley vont tous deux participer activement aux travaux du groupe de Palo Alto, du *projet Bateson* au *Mental Research Institute (M.R.I.)*, de la recherche en communication aux applications en psychothérapie. Ils rendent, tous les deux, pendant plusieurs années, des visites hebdomadaires à Milton Erickson et contribuent largement à la diffusion de ses idées et de ses techniques thérapeutiques. (101)

Jay Haley s'intéresse de près à la thérapie familiale et en crée la première revue *Family Process*, en 1962. L'année suivante, il publie un ouvrage fondamental : *Strategies of Psychotherapy*, qui traite des notions de système et de thérapie familiale en posant les bases de ce qui deviendra l'approche stratégique. (47) (102) A la fin du projet Bateson, il poursuit ses recherches sur la famille dans le nouveau cadre du M.R.I.

A la même époque, John Weakland retourne à l'étude de la société chinoise. Il voyage à Hong Kong pendant six mois. Lorsqu'il revient à Stanford, il analyse des films et approfondit sa connaissance de cette langue. Après un an et demi de pause, il intègre lui aussi le M.R.I.

Il poursuit ensuite ses recherches au sein du *Brief Therapy Center (B.T.C.)*, sous la direction de Fish et avec la collaboration de Paul Watzlawick et d'Arthur Bodin.

De son côté, Jay Haley rejoint Salvador Minuchin et Braulio Montalvo à la *Child Guidance Clinic* de Philadelphie. Il souhaite poursuivre et étendre son approche centrée sur la famille aux milieux socialement défavorisés. (8) Ensemble, ils développent des formations et une pratique cohérente en thérapie familiale. (47) Ils collaborent pendant une dizaine d'année avant que J. Haley ne s'éloigne du modèle « structural » de Minuchin pour se consacrer à l'approche « stratégique ». (35) Haley ne souhaite plus, « rendre compte de la raison pour laquelle les gens sont comme ils sont » (44), comme le fait, selon lui, la thérapie structurale de Minuchin. Fortement imprégné des idées d'Erickson, il cherche plutôt à favoriser le changement, à l'intérieur des familles. (24)

C'est avec Cloé Madanes qu'il fonde, en 1975, le *Family Therapy Institute* de Washington. Ils y pratiquent la thérapie familiale stratégique et entreprennent de nombreux ateliers de formation. (47)

Jay Haley y reste jusqu'en 1993. Depuis, il se consacre plus volontiers à la supervision, lors d'ateliers sur la thérapie stratégique.

3. DON JACKSON

Le psychiatre, qui rejoint le projet Bateson en 1954, Donald Jackson, est né en 1920 à Oakland, en face de San Francisco. Il se forme, d'abord à la médecine, puis à la psychiatrie, à l'Université de Stanford. Il effectue deux ans de spécialisation en neurologie dans l'armée américaine et s'oriente finalement vers la psychanalyse. En 1947, il entre au célèbre institut analytique du Maryland, *Chesnut Lodge*. Il y est supervisé par Harry Stack Sullivan et Frieda Fromm-Reichmann. (101)

Sullivan, qui appartient à l'*Ecole de Washington*, développe une « théorie analytique de la personnalité fondée sur la relation interpersonnelle. » (8) Il tente de relier la psychiatrie et les sciences sociales. Ses recherches sur l'interaction serviront également d'inspiration à Bateson.

En 1950, Jackson retourne dans sa région natale. Il s'affranchit peu à peu de l'interdit des contacts avec la famille des patients, recommandé par l'école analytique de l'époque. Inspiré par le modèle de la théorie des systèmes, il découvre, lors d'une expérience clinique avec une patiente, l'importance des interactions entre les membres d'une même famille. Dès lors, il observe comment celle-ci « tendent à maintenir une certaine constance relationnelle de type homéostatique ». (101)

En 1954, il présente à Palo Alto, une communication sur ce thème : *The Question of Family Homeostasis*. (45) Il est aussitôt repéré et invité par Bateson, à rejoindre son groupe de travail. Il prend rapidement une position importante dans cette équipe et lui apporte la crédibilité dont elle a besoin dans le monde de la psychiatrie. C'est lui qui insiste fortement, en faveur de la publication de leur article, sur l'hypothèse de la double contrainte, contre l'avis même de G. Bateson.

Don Jackson forme, par la suite, en 1959, le *Mental Research Institute*. Il souhaite appliquer les recherches du groupe, plus spécifiquement, à la psychothérapie. C'est ce qui l'éloigne définitivement de G. Bateson. (8)

Jay Haley rapporte, lors d'un hommage à Don Jackson (42), qu'en 1957, celui-ci démissionne de la *Psychoanalytic Society* et enlève le divan de son cabinet. Il abandonne ainsi, une orientation jugée trop individuelle, pour se consacrer définitivement à une approche interactionnelle, aux règles qui régissent les familles, prescrivent ou proscrivent les comportements de ses membres. Sa pratique thérapeutique est profondément humaniste et préfigure la position « non normative » et « constructiviste » des thérapies brèves. (101)

Donald Jackson meurt brutalement et prématurément, à l'âge de 48 ans, peu de temps après le départ de Jay Haley pour Philadelphie.

4. V. SATIR

D'abord institutrice puis assistante sociale, Virginia Satir travaille essentiellement avec des familles, ce qui est encore assez rare à son époque. Elle développe sa propre technique, fondée principalement sur une grande expérience clinique. Lorsqu'elle lit, dès sa parution, l'article de l'équipe de Bateson : *Vers une théorie de la schizophrénie*, Satir est étonnée d'y découvrir ce qu'elle a pu observer, de son côté, dans son travail avec des familles de schizophrène. Elle contacte Don Jackson, quelques années plus tard, et est engagée au M.R.I., lors de sa création en 1959. (101) Ayant déjà une expérience clinique importante, Satir poursuit son activité thérapeutique dans ce nouveau cadre, et développe une activité « formation » au M.R.I.. (102) Elle adopte une technique innovante pour transmettre son savoir puisqu'elle accepte de montrer ce qu'elle fait. Chaque mercredi soir, elle rencontre des familles, et invite les gens à la regarder travailler. (101)

Mais lorsque l'approche éricksonienne se développe au M.R.I., Virginia Satir, qui s'intéresse peu à l'hypnose, se sent progressivement mise à l'écart.

Finalement, elle quitte définitivement le groupe en 1968 et se rapproche du mouvement du « potentiel humain », en plein essor aux Etats-Unis. (100)

5. P. WATZLAWICK

Paul Watzlawick, né en 1921 en Autriche, recevra une éducation européenne : doctorat de philosophie en Italie et formation analytique jungienne à Zürich. Son premier projet de devenir médecin a été interrompu et rendu impossible par la deuxième guerre mondiale. A la fin des années cinquante, il part en Amérique centrale, sur proposition de l'institut jungien, enseigner la psychanalyse et la psychothérapie à l'université du Salvador. Mais Watzlawick souhaite faire de la recherche et échapper à la routine de son métier d'enseignant. Il émigre aux Etats-Unis (à Philadelphie) et collabore avec A. Schefflen et R. Birdwhistell, à leurs travaux sur la communication. Il découvre alors, les publications de Bateson. Watzlawick est intrigué par cette approche interactionnelle, véritable bouleversement pour un analyste jungien. (101) Don Jackson en visite à Philadelphie, en 1960, lui propose de venir travailler quelques temps au M.R.I.. Watzlawick y restera jusqu'à la fin de sa carrière ! (64)

A son arrivée à Palo Alto, il subit une triple influence : celle de Jackson, Bateson et Erickson. Il abandonne la psychanalyse et se consacre à la théorisation des travaux du groupe de Palo Alto. Watzlawick reprend les théories développées par Bateson. Il les reformule et les illustre par plusieurs exemples. Il cherche à donner toute leur valeur à ces idées nouvelles et complexes ayant trait à la cybernétique et à la théorie des systèmes. (8) Watzlawick, Jackson et Beavin publient : *Pragmatics of Human Communication* (95), qui reprend les grandes idées batesoniennes sur la communication, quelques années avant la parution du propre ouvrage de Bateson : *Steps to an Ecology of Mind*. (3)

Progressivement Watzlawick abandonne ses expériences en thérapie pour se consacrer à l'observation et à l'analyse du travail de Jackson et Erickson. Watzlawick, aidé par ses collègues du Brief Therapy Center, cherche à rendre compréhensibles et transmissibles à d'autres, les tactiques intuitives de ces deux thérapeutes ainsi que les concepts développés par Bateson. (8) Il s'intéresse aux niveaux d'un changement, au statut de la réalité, au constructivisme, au recadrage, au paradoxe et à tout ce qui a trait à la résolution de problèmes.

Avec Richard Fisch et John Weakland, il écrit : *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (97), en 1974. Puis il publie : *How Real is Real ? Communication, Disinformation, Confusion* (90), en 1976 et *The Language of Change* (91) en 1980.

Watzlawick est maître dans l'art de présenter des idées complexes de façon simple, les illustrant par des cas et des histoires qui en facilitent la compréhension. Ses travaux ont largement contribué au développement des thérapies brèves et des idées de Bateson qu'ils ont rendues accessibles à un plus large public.

Paul Watzlawick poursuit son activité au sein du B.T.C. Il participe au développement et à la promotion des thérapies brèves au niveau international. Il collabore notamment avec Giorgio Nardone pour une approche stratégique de la thérapie.

B. Repères historiques

1. LES CONFERENCES MACY

Norbert Wiener et Julian Bigelow, deux ingénieurs physiciens travaillent pour l'armée américaine sur la modernisation de l'artillerie antiaérienne. Ils développent à ce propos le concept de feed-back, permettant de réduire l'erreur de tir sur des cibles mouvantes. Intéressés pour appliquer leur modèle à l'organisme humain, ils associent le Docteur Rosenblueth à leur recherche et remarquent que certains fonctionnements cérébraux peuvent correspondre à cette notion de rétrocontrôle.

La première conférence, organisée par la *Macy Fondation*, en 1942, est donc sur le thème de « l'inhibition cérébrale ».

Plusieurs chercheurs dans des domaines très diversifiés sont invités : le mathématicien John Von Neumann, le neurophysiologiste Walter Pitts, le psychologue Lawrence Franck, les anthropologues Margaret Mead et Grégory Bateson ainsi que le psychanalyste Laurence Kubie qui invite l'hypnothérapeute Milton Erickson...

Le succès de cette première rencontre en amène dix autres, de 1946 à 1953 (30). Le champ des invités s'élargit, tous les participants cherchant à partager leurs idées « sur les problèmes de communication et les mécanismes à causalité circulaire, (...) au-delà des frontières qui séparent les différentes sciences. » (101)

Ces rencontres stimulent et engendrent l'enthousiasme chez les participants qui prennent conscience qu'ils collaborent à un « évènement historique (...) [et à la création] d'un nouveau cadre de référence conceptuel pour l'investigation scientifique des sciences de la vie. » (53)

2. L'ECOLE DE PALO ALTO

Watzlawick, lors d'une conférence en 1995 au Luxembourg, rappelle que

« parler de l'Ecole de Palo Alto, comme c'est souvent le cas est tout à fait fictif et imaginaire. Ce furent 2 groupes qui ont beaucoup collaboré ensemble, mais différents. » (64)

Ces deux groupes, que nous présentons ici, se sont formés autour de Bateson et de Don Jackson.

Le projet Bateson

En 1952, Bateson reçoit un budget de recherche de la *Fondation Rockefeller* destiné à « l'étude du rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication ». Nous avons vu que Bateson regroupe une petite équipe de chercheurs pour l'aider : John Weakland et Jay Haley, mais aussi William Fry, un psychiatre. Celui-ci ne restera que deux ans et sera remplacé par Don Jackson. Progressivement le champ de leur recherche se restreint et s'oriente vers la schizophrénie.

L'équipe de Bateson ne parle pas des patients en termes cliniques mais en termes communicationnels. (101) Inspirés par la théorie des types logiques, celle des systèmes et appréhendant la maladie mentale d'un point de vue interactionnel, les quatre chercheurs mettent au point « la théorie de la double contrainte ». (102) Leur article, *Vers une théorie de la schizophrénie*, fait « l'effet d'une bombe dans les milieux de la psychothérapie. » (101) Il dégage des pistes de recherches passionnantes et innovantes mais à contre-courant des idées de l'époque.

« La maladie mentale n'est plus considérée comme la conséquence d'un psychisme perturbé mais comme un trouble de la communication au sein de la cellule familiale. » (102)

Ce changement de point de vue modifie en profondeur les perspectives thérapeutiques. Il donne un essor à la thérapie familiale qui en est à ses débuts. L'enthousiasme de départ retombe cependant. La théorie ne tient pas ses promesses pour ses applications pratiques et la prise en charge des patients schizophrènes.

Par contre, la thérapie stratégique utilise largement cette théorie pour construire ses interventions paradoxales. (47)

Bateson, qui se méfie de l'application pratique de ses théories à un sujet aussi précis que la maladie mentale, retourne à une étude plus globale de la communication. Pour lui, la théorie de la double contrainte a des applications beaucoup plus larges (la biologie, les sciences humaines, les sciences sociales, l'art...) qui ne concernent par toujours le champ de la pathologie.

Le groupe se dissout au début des années soixante.

Le M.R.I.

Plusieurs thérapeutes américains, notamment Nathan Ackerman sur la côte est, commencent vers la fin des années cinquante à engager les familles dans le traitement des maladies psychiatriques. (102)

Don Jackson souhaite appliquer les nouveaux fondements théoriques des recherches de Bateson au traitement de la maladie mentale. Il fonde avec Jules Riskin, psychiatre et Virginia Satir, assistante sociale, le *Mental Research Institute* en 1959 à Palo Alto.

Leur question essentielle devient :

« comment peut-on modifier les règles du système familial pour faire en sorte que le symptôme porté par l'un de ses membres disparaisse ? » (102)

La théorie générale de la communication est remplacée par la recherche de techniques efficaces de changement.

Paul Watzlawick rejoint le M.R.I. en 1960. Travailleur acharné, il devient vite un des membres les plus actifs du groupe. Bateson n'y participe pas, mais John Weakland et Jay Haley feront partie du M.R.I. à la fin du projet Bateson.

Un changement épistémologique s'opère. Les thérapeutes abandonnent la recherche dans le passé des causes des symptômes. Ils se focalisent sur l'« ici et maintenant » et cherchent à modifier la structure relationnelle du système familial. (102) Ils agissent sur le comportement des individus plutôt que sur la prise de conscience. Ils attachent en effet plus d'importance à ce que font les personnes qu'à la façon dont elles interprètent leurs actions.

Les séances de thérapie jusqu'alors intimes et secrètes sont enregistrées pour être minutieusement étudiées.

Le M.R.I. obtient rapidement une place prépondérante dans les milieux de la psychiatrie américaine, à la fois pour la formation et pour son département de recherche.

En 1967, le M.R.I. devient, en partie, une clinique psychothérapeutique non résidentielle. Le *Brief Therapy Center* est créé. Il est dirigé par Fisch, psychiatre américain qui a connu le M.R.I. en participant à ses programmes de formation. Watzlawick, Weakland et Bodin y poursuivent la recherche et la modélisation des techniques intuitives de Jackson et d'Erickson. Ils cherchent à

« concevoir une théorie du changement dans le cadre d'une théorie explicative interactionnelle du comportement. » (102)

Leurs recherches se concentrent sur « l'acte thérapeutique qui provoque le changement » (102) et sur la « résolution des problèmes ». Un objectif précis est fixé pour

le traitement. L'écoute « neutre et bienveillante » du thérapeute devient une attitude « interventionniste » et « actrice » du changement. (102) Ils cherchent à répondre à la question :

« qu'est-ce que les personnes qui consultent doivent faire d'autre [que ce qu'elle font déjà] pour résoudre leur problème ? » (101)

C'est comme cela qu'ils construisent une notion clé de leur approche : « la notion de tentatives de solutions. » (101)

Dans le but de rendre possible une étude comparative, ils souhaitent réduire les différentes variables. C'est ainsi que le nombre de séances est fixé arbitrairement à dix. N'espérant pas obtenir un bouleversement complet en un temps court, ils s'intéressent plus spécifiquement au début du changement et à « l'objectif minimal ». (102)

Ils se permettent, dans le cadre de la recherche, de contester le cadre établi. Ils adoptent une position qui peut paraître « hérétique » car tellement opposée aux pratiques habituelles. Ils s'autorisent en effet à voir dans la famille, non plus le patient désigné mais la personne la plus désireuse et la plus motivée pour le changement. Ils s'attachent essentiellement à l'obtention de résultats concrets.

Le M.R.I. devient de plus en plus célèbre et reçoit à la fois des thérapeutes en demande de formations, des patients pour la thérapie et des visiteurs étrangers...

C. Bases conceptuelles de l'école de Palo Alto : une rupture épistémologique avec la psychiatrie classique

Yves Winkin dans *La nouvelle communication* (8) met en évidence comment le groupe de Palo Alto,

« parti du projet, chez Bateson, d'une théorie générale de la communication, est arrivé à une théorie de la thérapie chez Watzlawick et ses collègues. » (8)

Ces auteurs, dans *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* (95), explicitent les principes fondateurs de leur approche interactionnelle. Les problèmes humains y sont envisagés sous l'angle de la communication. Ils montrent comme cette position conceptuelle présente une « solution de continuité » (95) avec l'approche psychiatrique classique.

Nous allons présenter ici différents outils théoriques qu'ils ont empruntés parfois à d'autres domaines scientifiques, pour développer une nouvelle approche de la psychothérapie.

1. PRAGMATIQUE DE LA COMMUNICATION : DEFINITION

La communication humaine se divise en trois domaines interdépendants :

- la syntaxe,
- la sémantique,
- la pragmatique.

Pour Watzlawick et ses collègues, ce dernier aspect retient plus particulièrement leur attention. Ils s'intéressent principalement à la pragmatique de la communication, au comportement (aussi bien verbal que corporel) en tant que support de la communication dans les relations interpersonnelles. Les termes comportement et communication sont considérés comme étant pratiquement synonymes. (95)

Pour ces auteurs la communication est établie de fait dès qu'il existe deux personnes, au moins, en interaction. Tout comportement, en présence d'une autre personne, est communicatif, qu'il soit intentionnel ou non. Le comportement, disent-ils, n'a pas de contraire. Il n'existe pas de « non comportement », on ne peut pas ne pas se comporter.

Deux personnes en interaction se comportent l'une par rapport à l'autre et, de fait, communiquent. Ce faisant, elles définissent la nature de leur relation. C'est-à-dire qu'une attitude de repli qui vise à éviter de communiquer, communique sa non-envie de communiquer, d'entrer en relation. (95)

Deux points sont importants à souligner ici :

- De même qu'on ne peut pas ne pas se comporter, on ne peut pas ne pas communiquer...
- La nature de la relation entre deux personnes (ou plus) est définie par leur façon de communiquer (ou de se comporter).

Nous verrons comment la définition des problèmes, ainsi que la notion de relation thérapeutique, telles qu'elles sont envisagées en thérapie brève, reposent sur ces principes.

2. L'INTERACTION

Cette importance accordée à la communication (et au comportement) dans l'étude des relations humaines découle des travaux anthropologiques de Grégory Bateson. En 1936, il n'a encore eu aucun contact avec des psychiatres et reconnaît même qu'il « n'a aucune expérience personnelle de la psychiatrie ». (101) Il apporte pourtant une remarque fondamentale lorsqu'il dit, dans *Naven* (1) :

« Il me semble qu'en plus de la pathologie individuelle, le psychiatre ferait bien de prendre en compte les relations que l'individu entretient avec son entourage. » (101)

Watzlawick parle de rupture épistémologique (98) entre l'approche de la psychiatrie « orthodoxe » et celle de Bateson.

« Les deux conceptions se trouvent en totale discontinuité, dit-il. La première possède un modèle théorique de l'esprit humain, et l'on s'occupe d'un comportement perturbé en essayant de le comprendre en fonction de cette idée plus ou moins préconçue concernant ce qui se passe à l'intérieur de l'esprit. (...)

L'approche introduite par Bateson, elle, tient compte de ce qui se passe *entre* les sujets, et comment cela influence le comportement. » (98)

La psychiatrie classique appréhende les événements de vie des patients en terme « diachronique ». Bateson, lui, propose de le faire en terme « synchronique » (51) comme dans sa description du phénomène de schismogénèse (avec ses deux versants, symétrique et complémentaire), à propos du comportement des Iatmul. L'unité d'étude passe, avec Bateson, de la nature l'individu ou de l'esprit humain à celle des relations au sein d'un

système interactionnel (pour un objet anthropologique dans un premier temps, appliqué au champ de la pathologie psychiatrique dans un second temps). (101)

Mais à cette époque (en 1936), il manque encore à Bateson, pour développer ses idées sur l'interaction, les outils de modélisation mathématiques de feed-back et de cybernétique.

3. CYBERNETIQUE DE PREMIER ORDRE

Récurtivité

Claude Bernard (10), à la fin du 19^{ème} siècle, fait un rapprochement entre le mécanisme de régulation de la machine à vapeur et celui de certaines constantes de l'organisme humain. Il postule que la stabilité du « milieu interne » est une des conditions de la vie.

Walter Cannon (16), lui, nomme « homéostasie (...) cette tendance au maintien de l'équilibre interne » (101) par des processus de régulation complexes tels que ceux qui contrôlent la glycémie ou la température corporelle.

Il rencontre le mathématicien Norbert Wiener, un peu avant 1940. Celui-ci travaille, avec Julian Bigelow, au perfectionnement de la défense antiaérienne américaine. Ils sont confrontés à la nécessité de tenir compte du déplacement de la cible (l'avion) pour réduire les erreurs de tir. Le terme de « feed-back » (99) est attribué à la nouvelle donnée qui intervient dans le calcul de la trajectoire à effectuer par un missile pour qu'il atteigne sa cible.

Un parallèle est rapidement effectué entre ce mécanisme et les « rectifications » permanentes qu'effectue le cerveau humain, sans que nous nous en rendions compte, lorsque nous voulons saisir un objet. (101)

Bateson et Margaret Mead, dans un entretien avec Stewart Brand, rédacteur en chef de la revue *The coEvolution Quarterly* (14), en 1976, définissent le feed-back comme « la solution au problème du but », la clé de tout comportement intentionnel. Celui-ci peut-être positif ou négatif et devenir alors le pilier de « l'auto-régulation ».

Ils expliquent comment, à ce moment-là (en 1942), ils ne se « rendaient pas compte qu'il faudrait reconstruire l'ensemble de la logique à cause de la récursivité. » (14)

C'est le mathématicien Wiener qui commence ce travail en publiant, en 1948, une synthèse de nombreuses recherches pluridisciplinaires et des premières conférences Macy. Le titre de son ouvrage, *Cybernetics* (99) est adopté pour définir cette « nouvelle discipline

scientifique » qui repose sur des concepts encore peu connus tels que « la causalité circulaire » et la « téléologie » (principe qui cherche à comprendre un système en « terme de finalité »). (51)

Wiener, dans ses travaux, s'intéresse à l'ensemble du circuit : l'objet, son environnement et les interactions entre les deux. C'est en cela que cet outil de modélisation mathématique a particulièrement attiré l'attention de Bateson qui s'est attaché à l'appliquer en sciences sociales.

Cette cybernétique rappelle de Shazer, citant Simon et all. (85),

« est basée sur la supposition selon laquelle les fonctions de contrôle, de réglage, d'échange et de traitement de l'information suivent les mêmes principes qu'elles soient appliquées aux machines, aux organismes ou aux structures sociales. » (80)

Wiener précise bien qu'on ne peut « arriver à une application mathématique de la cybernétique en sciences sociales. » (101) Il est cependant utile de l'utiliser comme modèle de clarification conceptuelle des relations.

Théorie des systèmes

Ludwick von Bertalanffy, biologiste austro-canadien et ses collègues définissent un système comme un « ensemble d'éléments en interaction, ces interactions étant de nature non aléatoire. » (11) Pour construire leur « théorie générale des systèmes », (8) ils ont « recherché des principes qui s'emploient pour des systèmes en général, sans se préoccuper de leur nature physique, biologique ou sociologique. » (11) C'est pourquoi l'analogie entre une famille et un système peut être utilisée en psychologie.

Ces chercheurs ont dégagé plusieurs propriétés communes à tous les systèmes.

- Intégralité :

C'est-à-dire qu'un changement dans une partie du système se répercute obligatoirement à l'ensemble de celui-ci.

- Caractère non additionnel :

Le tout formé par l'ensemble des éléments du système est différent de la somme des parties du système : l'ensemble possède des propriétés différentes et plus complexes que chaque élément pris individuellement.

- Equifinalité :

L'état final (l'effet) peut être atteint par des états initiaux (des causes), différents.

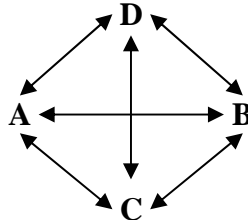
- Multifinalité :

Les mêmes états de départ peuvent donner des états finaux dissemblables.

- Causalité circulaire :

En n'importe quel point du système, le comportement d'un élément est une cause pour l'élément qui le suit dans la boucle d'interaction et par la rétroaction, il interagit sur celui-ci en retour. (80)

Ce principe peut être schématisé comme suit :



Abandon des principes cartésiens

Les deux premières propriétés des systèmes rendent caduque l'appréhension de la réalité selon le principe de « modélisation analytique » préconisé par Descartes dans *Le discours de la méthode*. (80) Nous ne pouvons plus découper le système en petites parties pour les étudier séparément, sans altérer irrémédiablement les propriétés générales du système.

« La modélisation analytique nous fait délaissier ces 'invisibles' qui relient tant d'éléments analysés. » dit J-L Le Moigne (51)

Ces invisibles ne sont-ils pas, justement, ces *relations* entre les choses, si chères à Bateson.

Les trois dernières lois, quand à elles, remettent en question le principe de la « causalité linéaire » qui ne prend pas en compte la notion de feed-back.

« Pour décrire les phénomènes récurrents, irrémédiablement altérés par le passage du temps, la logique traditionnelle ne peut aboutir qu'à des paradoxes. » (101)

écrit J.-J. Wittezaele, citant Bateson.

La cybernétique et la théorie des systèmes vont à l'encontre des principes cartésiens. Ces lois s'appliquent à des systèmes très simples mais ne sont plus pertinentes pour des systèmes complexes. En effet, en divisant un système en petites parties simples et en les étudiant chacune séparément, selon une causalité linéaire, nous ne percevons jamais le système entier dans sa complexité intrinsèque.

4. NIVEAUX DE COMMUNICATION

Types logiques

La théorie des types logiques a été développée par Bertrand Russell et Alfred Whitehead. C'est la différenciation, faite par ces auteurs, entre les éléments particuliers d'un système et le système lui-même qui a intéressé Grégory Bateson.

« Il est absolument impérieux, [expliquent-ils,] (...) lorsqu'on a affaire à des éléments particuliers qui sont membres d'un ensemble d'éléments, de distinguer le discours qui concerne les éléments individuels de celui qui concerne la globalité des éléments. » (101)

Cette séparation de niveaux permet de déjouer les définitions paradoxales qui reposent sur la confusion entre les propriétés des éléments particuliers et celles de la classe (ou ensemble d'élément) à laquelle ils appartiennent. (95)

Pour illustrer cette notion de paradoxe, citons ici l'exemple fort simple de Watzlawick à propos de l'affirmation : « je mens ». (95)

Le propos, « *je suis en train de mentir* affirme en même temps quelque chose (*je suis en train de mentir*) et quelque chose à propos de sa propre affirmation (*je mens donc je mens aussi quand je dis 'je mens'*). Or, il n'est pas trop difficile de voir que, si un tel message est une injonction, il ne peut y être obéi qu'en y désobéissant ; et que, s'il s'agit d'une définition de soi ou d'autrui, la personne ainsi définie n'est ce qu'on la dit que si elle ne l'est pas et ne l'est pas si elle l'est ! » (89)

Nous sommes, dans ces situations paradoxales, face à des impasses communicationnelles, avec des énoncés absurdes.

Niveaux d'abstraction

Dès lors, Watzlawick et ses collègues (95), à la suite de Bateson, distinguent dans la communication deux niveaux d'abstraction différents. Ceux-ci, dans le langage, ne sont discriminés par aucun signe syntaxique précis, ce qui prête évidemment à confusion.

- Le premier niveau concerne la communication proprement dite, les échanges directs, concrets entre les personnes : la description de faits, d'actions ou de sentiments. (101) C'est le contenu du message. Il est essentiellement exprimé sur un mode verbal.
- L'autre niveau, dit « méta-communicatif », (101) est un discours sur la communication elle-même. Il apporte un complément de sens au contenu du message. Il transmet la « manière » dont on doit entendre le message et

donc en fin de compte la relation entre les partenaires. Il est exprimé par l'ensemble de la communication, verbale et non verbale.

5. L'INFORMATION

La notion de communication ou d'échange d'information devient indispensable dès que l'on souhaite aborder les problèmes humains en tenant compte de l'interdépendance entre l'homme et son milieu.

Origine de la notion d'information

Clausius, dans ses travaux de physique, au 19^{ème} siècle, énonce deux lois de la thermodynamique.

- La première concerne la quantité d'énergie. Elle affirme que celle-ci est constante dans le monde. Elle peut se transformer mais reste quantitativement identique. (101)

L'origine des théories psychodynamiques, s'inspire principalement de cette première loi. (72) Une part importante de leur vocabulaire, tant dans la « première topique », que dans la deuxième (31) ou dans la « théorie des pulsions » (32) s'inspire de cette métaphore. Elles parlent « d'énergie », de « forces », de « pulsions » qui selon, un « principe essentiellement quantitatif », sont « liées », « canalisées », « bloquées », « libérées »... (10)

- La deuxième loi a trait à la qualité de cette énergie. Elle introduit la notion d'entropie et celle d'information.

« Elle postule que la qualité de l'énergie de l'univers se dégrade continuellement, qu'elle tend vers une dispersion aléatoire maximale, vers le désordre. » (101)

Ce désordre est défini par Prigogine et Stengers (66), comme une absence de différence.

« La propagation de la chaleur tend toujours à établir une distribution homogène de température dans le corps où elle se produit. (...) L'énergie se dégrade pour tendre vers l'état final, (...) l'état d'équilibre thermique où aucune différence ne subsiste plus qui pourrait produire un effet. » (66) (101)

Cette loi met l'accent sur les principes d'ordre, et d'organisation. Boltzmann, en 1894, fait un premier lien entre l'entropie et l'information. Il explique que le désordre est dû à de « l'information manquante ». Sans source d'énergie (d'information) supplémentaire, l'entropie ne fait qu'augmenter dans l'univers. Le temps est un des

principaux acteurs de cette altération. La prise en compte de ce facteur marque une rupture par rapport aux théories de Newton. Tout processus physique y était en effet réversible donc atemporel. (101) (51)

Nous envisageons ici la famille, les groupes et la société comme des systèmes vivants, entités complexes et organisées, composées d'éléments en interactions les uns avec les autres. Bateson (3) explique que la métaphore de l'énergie n'est pas adaptée pour rendre compte des interactions entre les gens. Selon la première loi de la thermodynamique, une quantité d'énergie est transmise d'un élément à un autre mais aucun feed-back n'est possible. La récursivité n'a pas de place dans ce modèle. (101)

La deuxième loi de la thermodynamique, grâce à cette notion d'information, nous permet, dit-il, de mieux raisonner et d'expliquer les comportements des systèmes.

Information et différence

Watzlawick et all. expliquent qu'un « glissement conceptuel de l'énergie à l'information » s'est opéré depuis la fin de la seconde guerre mondiale. (95)

C'est Shannon (76), en effet, qui réintroduit la notion d'information dans les théories sur l'entropie, à la fin des années cinquante. Il travaille à la modernisation du télégraphe. Pour Shannon, l'information est une grandeur statistique abstraite qualifiant le message, indépendamment de son contenu. Le message de l'émetteur est dit informatif s'il change la connaissance du récepteur, s'il est capable de réduire son incertitude, s'il fait, pour lui, une différence.

Wiener, dans *Cybernetics* (99), propose une définition de l'information un peu différente. Il explique que :

« tout comme la quantité d'information dans un système est une mesure de son degré d'organisation, l'entropie d'un système est une mesure de son degré de désorganisation : l'une est tout simplement l'inverse de l'autre. » (99) (101)

Bateson appellera l'information ou l'entropie négative, qui caractérise toute structure, la néguentropie. (101) Celle-ci est organisatrice de différences, à l'inverse de l'entropie.

Nous verrons plus loin combien cette notion de différence est chère à de Shazer.

6. REGULATION DES ECHANGES

Restriction

Un système ne peut rester dans un état stable, que s'il est soumis à des restrictions (feed-back négatif) qui l'empêchent d'évoluer et, en quelque sorte, le contrôlent. (95)

« L'explication cybernétique est une explication de type négatif, c'est-à-dire qu'elle considère l'ensemble des événements qui auraient pu se produire, et montre alors pourquoi c'est ce cas particulier qui se réalise, en fonction des restrictions auxquelles il est soumis. » (101)

Nous nous intéressons ici aux facteurs contrôlant le système, au passage de l'information et à la façon dont elle est traitée.

Reprenant les idées développées par Bateson, Jean-Jacques Wittezaele nous dit :

« Pour comprendre le comportement d'un individu, il faut tenir compte des liens entre cet individu et les personnes avec lesquelles il est en relation ; la conduite d'un être humain est également déterminée par la réponse de l'autre. L'explication du comportement humain passe ainsi d'une vision intrapsychique à une prise en considération du système relationnel de l'individu, l'unité d'analyse devient l'interaction. » (101)

Les thérapies brèves s'intéressent au comportement d'un individu, à la façon dont celui-ci est déterminé et éventuellement modifié par la réponse comportementale de son entourage.

Redondance et règles relationnelles

Sur un plan purement théorique, la gamme des interactions possibles entre deux individus est infinie. Rien ne permet de prévoir la réponse comportementale de l'un en fonction de la nature du message de l'autre.

Pourtant, l'expérience pratique montre que le « répertoire de conduites » apparaissant entre deux personnes en interactions fréquentes l'une avec l'autre est réduit. Il contient une série de comportements beaucoup plus fréquents que d'autres. Claude Shannon (76) nomme ce phénomène la « redondance » (101). Tout se passe comme si certaines habitudes étaient prises entre les individus. Comme s'il existait des « règles relationnelles » (96), dira Jackson à ce propos. (101)

En se structurant, la famille ou la société, fait apparaître des règles et des codes de conduite qui limitent le nombre théoriquement infini de réponses possibles à un message. Toute communication représente un choix, une sélection parmi un ensemble de possibilités.

« L'essence et la raison d'être de la communication, c'est la création de la *redondance*, de la signification, du modèle, du prévisible, de l'information et/ou de la réduction du hasard par la restriction. » (3) (101)

Un modèle de communication apparaît qui nous permet de nous adapter à notre milieu. Ce modèle est dépendant du contexte. Il est différent d'une société à une autre comme en témoignent les « us et coutumes ». Il existe aussi à l'échelle de la relation dyadique ou familiale. Certains comportements sont prescrits dans une famille tandis que d'autres sont proscrits. Ce « modèle de restriction » (96) comportemental, en ce sens que certaines réactions sont comme interdites, est appris dès l'enfance (45).

Il existe deux niveaux de régulation :

- les règles qui régissent les interactions,
- les « méta-règles » (96) qui organisent ces règles et permettent de les modifier.

Relations symétriques et complémentaires

Si nous nous intéressons aux interactions, il est nécessaire de décrire les relations humaines comme l'a fait Bateson chez les Iatmul avec le phénomène de schismogénèse. La signification de ce terme est reprise par Watzlawick et all. Ils décrivent ainsi deux catégories fondamentales dans lesquelles peuvent se répartir tous les échanges de la communication :

- les relations symétriques où les deux interlocuteurs adoptent une attitude en miroir l'un de l'autre. Ces relations mènent à l'escalade et à la surenchère, provoquant violence, agressivité, compétition et rivalité. Elles sont caractérisées par la minimisation de la différence entre les positions des deux interlocuteurs. (95)
- les relations complémentaires où, au contraire, les deux attitudes se complètent et s'encouragent l'une l'autre comme dans l'autorité et la soumission, la faiblesse et l'assistance. (101) Ici, la différence est maximale. Un interlocuteur est en position « haute » tandis que l'autre est en position « basse ». (95)

Des relations saines et équilibrées sont caractérisées par l'alternance et la circularité des positions, qui sont utiles, chacune à leur tour, dans des situations différentes. C'est la rigidité du modèle qui peut être source de conflits et de pathologies de la communication. Cette conceptualisation des types de relations et de leurs conséquences possibles dans les

rappports humains est un prototype général qui concerne aussi bien les relations internationales, les compétitions sportives, la schizophrénie ou les problèmes de couples...

Adaptation

Pour Bateson, lorsqu'un individu s'accoutume à son environnement, il se transforme pour devenir plus apte, mieux armé pour affronter les modifications inévitables du milieu. Il existe des régulations par simple feed-back et des « méta-régulations », plus profonde, touchant à la structure même de l'individu. Celles-ci s'effectuent en arrière plan, échappant à la conscience. Elles sont plus difficiles à modifier.

« D'une certaine façon, on pourrait dire que le prix à payer pour une adaptation réussie, c'est une diminution de la souplesse, c'est à dire des potentialités de changement de l'organisme, » (101)

explique J-J Wittezaele à ce propos.

Lorsqu'un un sujet ou une famille présente une difficulté, c'est le signe qu'il n'a plus accès à ce fonctionnement en arrière plan, à ses mécanismes inconscients de méta-régulation. (48) La souplesse, dans l'adaptation d'une famille à une situation nouvelle, réside dans l'existence et l'efficience de ces « méta-règles » qui permettent et organisent le changement.

Selon Watzlawick,

« Plus le système est 'sain', plus vaste est le répertoire de règles et plus les règles elles-mêmes paraissent flexibles. Plus le système est 'malade', plus les règles sont étouffantes et strictes. (...) Le système 'malade' semble dépourvu d'un trait essentiel qui caractérise le système 'sain' : (...) [il est] privé de 'méta-règles', de règles permettant de changer les règles ». (89)

Le symptôme ou la pathologie apparaissent quand les « méta-règles » manquent et que le système devient trop rigide. Les interventions thérapeutiques agissent à ce niveau. (101)

Observer ce qui se passe dans le présent

Toujours selon Watzlawick, le « pourquoi » des « structures d'interactions hautement complexes » qui caractérisent les relations des membres d'une famille semble « inaccessible à toute enquête ultérieure. » Il est plus fructueux de se pencher sur le « ce-qui-se-passe » de l'interaction, le présent de la relation, plus directement observable. (89)

Il propose une nouvelle voix de recherche pour la psychothérapie.

« La question [n'est pas] de savoir *pourquoi* les gens se comportent comme ils le font, dit-il, mais plutôt *comment* ils se comportent ici et maintenant.

Personne n'a jamais nié que les diverses attitudes humaines, les craintes, les espoirs et tout le reste trouvent leur origine dans le passé. Mais nous pensons que pour changer ce qui constitue un problème ici et maintenant, il n'est pas nécessaire de remonter dans le passé et de comprendre toutes les causes. » (98)

L'existence des causes des problèmes n'est, bien sûr, pas contestée. Mais leur recherche, au cours du processus thérapeutique, est abandonnée.

7. THEORIE DE L'APPRENTISSAGE

Bateson a cherché à établir un pont entre l'étude de la pathologie psychiatrique et les troubles de la communication.

La notion de communication est indissociable, pour Bateson, de celle d'apprentissage. Les deux se font de manière simultanée.

« L'opération de communication est un apprentissage permanent de la façon de communiquer, dit-il. Les codes et les langages ne sont pas des systèmes statiques que l'on peut apprendre une fois pour toutes. » (2)

A chaque fois que nous communiquons, nous apprenons en même temps à le faire.

Les situations doivent se répéter pour qu'un apprentissage soit possible. Cette répétition permet l'acquisition de nouvelles capacités. L'apprentissage est défini par Bateson comme un « accroissement de la redondance entre celui qui apprend et son environnement. » (101) Ici, la notion de redondance trouve son côté positif. Sans elle, les apprentissages ne seraient ni possibles, ni utiles puisque rien ne serait jamais prévisible.

Quatre niveaux hiérarchiques

L'accroissement de la redondance, qui caractérise l'apprentissage, n'est pas une fonction linéaire, bien au contraire. Il existe plusieurs niveaux d'apprentissage, hiérarchisés, de plus en plus abstraits. Un individu est capable de généralisation, de compréhension soudaine, de changement d'habitudes ou d'attitudes. Ceci témoigne de l'existence de ces différents niveaux d'apprentissage. La personnalité ou le caractère d'un individu se façonne au fil de ses rencontres avec son milieu. Il apprend à discerner différents contextes de situations puis différents contextes d'apprentissages. Il structure ainsi progressivement sa relation à l'environnement. Par là même, il apprend à se connaître et forme son caractère, son sentiment d'identité personnelle. (101)

La situation de l'apprentissage est envisagée, par Bateson, comme une expérience interactionnelle entre deux sujets. Il n'existe pas « d'observé » et « d'observateur » comme

dans les tests faits en psychologie sur des animaux ou des humains. Ce sont les rapports mutuels entre les deux interlocuteurs de la situation (même s'il s'agit d'un animal et d'un éleveur) qui intéressent Bateson. Les deux sont, dit-il, dans une situation d'apprentissage et réagissent réciproquement au comportement de l'autre.

Bateson décrit une hiérarchie des degrés de l'apprentissage en quatre niveaux. (3)

- L'apprentissage de niveau zéro est le plus simple. Il correspond à la notion d'arc réflexe. La réponse au stimulus est automatique et stéréotypée. Le résultat de l'expérience n'est pas utilisable pour améliorer les performances futures.
- L'apprentissage I est l'apprentissage d'une réponse spécifique à un stimulus donné. La situation de départ permet un nombre important de comportements différents. L'apprentissage nécessite plusieurs essais successifs qui restreignent peu à peu le type de réponses possibles. Les notions de récompense (satisfaction du besoin ou de la demande) et de punition (non satisfaction ou comportement négatif de l'environnement) apparaissent. Les comportements entraînant la punition sont classés comme indésirables et ne sont plus utilisés. Le sujet corrige peu à peu ses erreurs pour obtenir de plus en plus de situations de récompense.

Pour Bateson, tous les éléments appartenant au contexte de la situation d'apprentissage peuvent servir à repérer une situation nouvelle. Si des éléments du contexte sont semblables, la situation est alors perçue comme identique. Elle entraîne le même type de réponse que la situation de départ.

- L'apprentissage II est l'apprentissage de l'apprentissage ou « deutéro-apprentissage ». Ce niveau correspond à « un changement de caractère » du sujet. (2) Le processus d'apprentissage lui-même est modifié. Il s'agit « d'apprendre à apprendre ». C'est « l'objectif premier » de toute thérapie pour Bateson. (101) La créativité du sujet est requise. Son interlocuteur est en attente d'un comportement nouveau qu'il ne connaît pas. Il a confiance dans les capacités du sujet pour le produire. (15)

Une thérapie, où le praticien fixe lui-même les objectifs à atteindre par le patient, est de l'ordre de l'apprentissage I. Nous sommes dans l'apprentissage II lorsque le thérapeute crée un contexte où le patient est autorisé à inventer de nouveaux comportements parmi lesquels il choisit les solutions à ses problèmes. (15)

Bateson précise que des apprentissages d'un niveau supérieur à II existent probablement mais n'ont pas été étudiés. Un apprentissage de niveau III correspondrait aux domaines de la mystique et de la transcendance.

Théorie de la double contrainte

Bateson et son groupe de travail, en étudiant les pathologies psychiatriques sous l'angle des troubles de la communication, sont parvenus à l'élaboration de la théorie de la double contrainte.

Celle-ci présuppose une vision systémique et anthropologique plus que psychiatrique de la maladie mentale. (80) Elle reprend les notions batesoniennes d'apprentissage et repose sur la théorie des types logiques.

Le philosophe Wittgenstein s'était déjà questionné sur « le rôle que peut tenir une erreur logique (...) dans un jeu de langage ». (104) Les membres du projet Bateson se sont interrogés sur les conséquences psychopathologiques d'une erreur d'attribution des niveaux logiques dans une conversation.

Bateson a dégagé deux types de troubles dans les processus d'apprentissage.

L'apprentissage d'une erreur particulière correspond à la notion d'évènement traumatique dans l'enfance. Une seule expérience douloureuse sert de référence pour d'autres évènements de vie du sujet. Ceux-ci sont alors mal vécus bien que n'ayant que peu de rapports avec la situation d'origine.

La distorsion du processus d'apprentissage lui-même, elle, est plus difficile à saisir et à corriger. Elle survient quand les contextes d'apprentissage perturbés se répètent. C'est le cas dans la situation de la double contrainte décrite ci-dessous.

La double contrainte repose sur la notion d'injonction paradoxale ou de paradoxe pragmatique. Le message véhiculé incite à confondre les niveaux logiques et comporte en lui-même sa propre contradiction. Il est impossible à comprendre ou à exécuter. On ne peut lui obéir qu'en y désobéissant. Il place celui qui le reçoit dans une position intenable.

Cette théorie a été revue et modifiée plusieurs fois. Watzlawick retient finalement comme principes constitutifs de cette expérience les éléments suivants :

- une relation complémentaire (un des partenaires est dans une position de supériorité par rapport à l'autre),
- un message à structure réflexive négative (niant ce qu'il affirme et affirmant ce qu'il nie),

- une situation qui ne peut être évitée et qui se répète fréquemment,
- l'incapacité de dissoudre le paradoxe en métacommuniquant. (89)

Cette situation a été étudiée au départ chez les schizophrènes. Les chercheurs se sont penchés à la fois sur le « ce qui se passe » de la communication psychotique et sur le contexte où ce type de communication peut s'apprendre. De Shazer explique :

« Ils commencèrent à observer les schizophrènes en interaction avec leurs familles, c'est-à-dire dans leurs groupes naturels. Ils en conclurent que la communication du schizophrène était une réponse logique à un modèle de communication qu'ils dénommèrent 'double contrainte'. » (80)

Les recherches ultérieures ont montré que cette situation n'était en fait pas seulement liée à la schizophrénie et s'appliquaient à des domaines beaucoup plus larges de la communication humaine tels que l'humour, l'art ou la poésie... Ce modèle servit de base, en thérapie aux « injonctions paradoxales » telles que les « prescriptions de symptôme » : amener un patient à effectuer volontairement un comportement qu'il décrit comme spontané, et les « doubles contraintes thérapeutiques » qui placent le patient dans un contexte où il ne peut être que gagnant et lui permettent de sortir de l'impasse de son problème. (80) (95)

8. LA NOTION DE REALITE

Différents niveaux de réalité

Les thérapies brèves abordent les problèmes humains en termes interactionnels. Elles s'intéressent aux relations entre les choses plus qu'aux choses en elles-mêmes. Il est donc important de bien différencier, avec Paul Watzlawick, la perception des objets, de celle des relations.

« Les objets ont des propriétés, et si le doute ou le désaccord naît à leur propos, la vérification de leur vraie nature est habituellement possible, même si elle se révèle parfois extrêmement difficile. Dès lors, le désaccord peut être évacué et nous sommes censés pouvoir dire que l'un avait raison et l'autre tort. » (89)

Un désaccord concernant la nature réelle des objets peut être résolu par l'accès à une vérification objective de leur nature. Il en va tout autrement des relations.

« Dans le domaine des relations humaines, il n'y a pas de vérité objective dont un partenaire serait plus conscient que l'autre et sur lequel un accord serait possible. » (89)

Les relations ne sont pas des objets réels. Elles appartiennent au domaine subjectif de nos perceptions. La perception des objets et celles des relations renvoient à deux niveaux de réalité, bien distincts, mais souvent confondus. Watzlawick cite en exemple Epictète :

« Ce ne sont pas les choses elles-mêmes qui nous préoccupent mais l'opinion que nous avons des choses. » (94)

Cette citation distingue deux réalités définies comme ceci :

- La réalité de premier ordre concerne les propriétés physiques des objets de notre perception. Elle est vérifiable de façon « objective, répétable et scientifique ». (90)
- La réalité de second ordre est fondée sur l'attribution d'une signification et d'une valeur à ces objets. (90)

La célèbre formule métaphorique, « la carte n'est pas le territoire », utilisée par Korzybski (49) et reprise par de nombreux auteurs, illustre bien ces deux niveaux. La « carte » appartient au domaine subjectif des représentations qu'une personne se fait de la réalité tandis que le « territoire », lui, est bien concret et objectivement repérable. (50)

Un exemple fort simple est celui de la perception d'une bouteille contenant du vin. Une personne pourra la voir à moitié vide tandis qu'une autre la dira à moitié pleine. La réalité de premier ordre, le volume de liquide dans le récipient, est identique. C'est la réalité de deuxième ordre qui change, en fonction du caractère plutôt pessimiste ou plutôt optimiste de l'observateur. (94)

Pour ce qui concerne les problèmes psychologiques, quand le dysfonctionnement est particulièrement grave, la réalité de premier ordre peut être atteinte. C'est le cas dans les hallucinations par exemple. Mais Watzlawick remarque que la plupart des difficultés humaines concernent la réalité de deuxième ordre. Les désaccords et les conflits reposent, dit-il, sur

« la croyance naïve que notre propre perception de la réalité interpersonnelle est, de toute évidence, la seule possible et exacte ; et que l'autre doit être fou ou méchant pour la voir différemment. » (89)

Les problèmes matériels et impersonnels, répondant à une logique linéaire et appartenant à la réalité de premier ordre, ne sont pas l'objet des thérapies brèves. Celles-ci ne prétendent pas pouvoir les résoudre. Cette approche est communicationnelle et interactionnelle. Elle s'intéresse non pas à la situation en elle-même mais à la valeur ou signification qu'attribue le patient à cette situation, à la réalité de second ordre.

Recadrage

Watzlawick, définit le recadrage comme :

« La modification du contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien ou peut-être mieux aux 'faits' de cette situation concrète, dont le sens par conséquent change complètement. » (97)

Il s'agit d'agir sur la réalité de second ordre du patient. La réalité de premier ordre reste inchangée (et est habituellement inchangeable).

Watzlawick définit la psychothérapie efficace comme :

« un changement réussi de ce cadre de référence ou, en d'autres termes, de la signification et de la valeur qu'une personne attribue à un aspect spécifique de la réalité et qui, selon la nature de cette attribution, rend compte de sa douleur et de sa souffrance. » (94)

La psychothérapie est l'art de remplacer une réalité de second ordre, devenue utile ou douloureuse, par la construction d'une autre réalité, plus pertinente ou confortable.

La tâche du thérapeute consiste en une redéfinition du problème, tenant compte de son contexte et conduisant à l'élaboration, avec le patient, d'un nouveau schéma plus facilement exploitable. La réalité du scénario construit n'entre pas en ligne de compte... L'objectif n'est pas de voir le monde tel qu'il est. (94) Il suffit que la nouvelle vision construite soit acceptable pour le patient comme plus utile, pour lui, que la précédente. (13)

D. L'école de Palo Alto : techniques thérapeutiques

Les psychothérapies ont été associées traditionnellement à des objectifs comme : la découverte de soi, la prise de conscience de nos fonctionnements profonds, le dépassement de nos limites inconscientes... Les thérapies structurées par l'école de Palo Alto ont un but tout autre. Cette approche se focalise sur la souffrance de la vie quotidienne du patient et la résolution de ses difficultés relationnelles. Elle tâche de l'aider à poursuivre son chemin, le plus rapidement possible, sans être confronté de nouveau aux mêmes obstacles. (101)

« L'objectif de la thérapie brève est d'influencer le patient d'une telle façon que sa plainte originelle soit résolue, et ceci à sa plus grande satisfaction. » (27)

disent Fisch, Weakland et Segal.

« Passer d'une description de la *nature* de quelqu'un à une description des *rappports entre* une personne et une autre implique une nouvelle manière de conceptualiser le problème. » (96)

précisent Watzlawick et Weakland.

1. PROBLEMES ET TENTATIVES DE SOLUTIONS

Définitions

Les thérapies brèves reposent sur une conception spécifique d'un problème qui, en elle-même, constitue déjà un recadrage utile à la thérapie.

Nous avons vu qu'un problème n'est pas quelque chose d'universel. C'est la perception qu'une personne a d'une situation qui peut constituer pour elle une difficulté. Une autre personne, à la même place, peut voir une situation neutre, voire même, une opportunité. (50) L'équipe du B.T.C. rapporte que les gens, confrontés à une difficulté, mettent en place un comportement pour la résoudre. Si celui-ci est efficace, la difficulté disparaît et tout rentre dans l'ordre. Un comportement efficace peut-être utilisé de nouveau. Il constitue une « solution logique » pour la situation.

Parfois, cependant, ce comportement est utilisé de nouveau de manière inappropriée. La personne peut continuer à l'utiliser alors qu'il ne résout pas la difficulté, ou bien elle l'emploie dans un contexte différent qui le rend inefficace. Cette « solution logique », mal utilisée, conduit à l'aggravation et au maintien du problème. Le recadrage de Palo Alto consiste à considérer que :

« le problème, c'est la solution ! ». (102)

Ce n'est pas la situation en elle-même qui est problématique, ce sont les solutions inefficaces utilisées par les gens pour la dépasser. En effet, la situation appartient à la réalité de premier ordre et ne peut le plus souvent pas être modifiée. Même si la personne à l'impression d'avoir essayé plusieurs attitudes différentes, bien souvent, elle emploie des schèmes d'actions identiques ou superposables. Ils expliquent que le problème est auto-entretenu par ces « solutions logiques » inappropriées répétées inlassablement pour résoudre la difficulté, toutes construites sur le même schéma. Ils les appellent alors des « tentatives de solutions ». (91)

Postulats de base

Trois principes régissent ce modèle thérapeutique :

- Le changement est continu dans la vie.
- Une personne doit perpétuellement faire face à des difficultés.

Si celles-ci ne peuvent être dépassées et que l'individu répète inlassablement les mêmes tentatives de solutions inefficaces, il crée un problème. (27)

Dans son langage imagé, John Weakland exprime cette idée de la façon suivante :

« Live is one thing after another, a problem is the same thing again and again ! » (102)

- Un problème ne persiste que s'il est entretenu par le comportement du patient ou de son entourage. (102)

Peu importe ses causes, sa nature, sa durée... Il existe une boucle de rétroaction positive construite par les tentatives de solution : plus nous cherchons à résoudre un problème, plus nous l'aggravons. Cette chaîne comportementale interactionnelle est étudiée dans le présent, en s'intéressant aux échanges entre le patient et son environnement. Si le comportement qui maintient le problème est éliminé ou modifié, le problème disparaît ou redevient une simple difficulté. (27)

Deux types de problèmes

L'équipe de Palo Alto a tenté une typologie des problèmes psychologiques. (101) Elle a souhaité modéliser la façon dont les difficultés de la vie quotidienne peuvent devenir des problèmes.

Elle spécifie plusieurs attitudes possibles.

- Les « terribles simplificateurs » sont les personnes qui cherchent à nier la complexité d'un problème. Elles appliquent alors des solutions simplistes et définitives sans rapport avec la complexité de la situation. Elles font, en quelque sorte, la « politique de l'autruche ». (97)
- Le « syndrome d'utopie » atteint une personne qui voit une solution là où il n'y en a pas. Elle est constamment à la recherche d'un idéal inatteignable, d'une réalisation pleine et entièrement satisfaisante de sa vie par exemple. (97)
« En nous efforçant d'atteindre l'inaccessible, nous rendons impossible ce qui serait réalisable »,

rappelle Watzlawick, reprenant l'aphorisme d'Ardrey. (101)

Ce qui préoccupe ces praticiens est l'obtention d'un changement rapide et efficace. Ils cherchent à faire sortir les patients de leurs positions intenable pour aller vers ce qui est, justement, réalisable.

2. LE CHANGEMENT

Travailler avec la personne la plus motivée

Un concept révolutionnaire de l'approche de Palo Alto est la volonté des thérapeutes de travailler avec la personne la plus volontaire pour le changement. Ils remarquent qu'une personne peut être désignée par son entourage comme ayant le problème mais que ce n'est pas obligatoirement elle qui souhaite changer. Le but de la thérapie étant d'obtenir une résolution rapide et efficace du problème, pour mettre toutes les chances de leurs côtés les membres du M. R. I. recherchent, dans leurs interlocuteurs, le ou les individu(s) qui semble(nt) le(s) plus prêt(s) à coopérer en faveur du changement. Cette approche systémique accepte l'idée qu'un changement dans une partie du système retentit sur l'ensemble de celui-ci. Aussi, pour changer les interactions entre deux personnes, nous pouvons travailler aussi bien avec l'une qu'avec l'autre. Dans certaines thérapies, le patient désigné comme ayant un problème, ne vient jamais voir le thérapeute.

Niveau d'un changement

Nous avons présenté la théorie des types logiques et distingué deux niveaux logiques ainsi que plusieurs classes d'apprentissages. Il existe également deux types de changements. (101)

- Le changement de niveau I : « plus ça change, plus c'est la même chose. »

Ce changement est provoqué par une action qui déclenche des phénomènes homéostatiques qui ramènent le système vers un état d'équilibre. Les règles relationnelles entre les éléments du système restent identiques. Des éléments particuliers changent mais l'ensemble lui n'est pas modifié.

- Le changement de niveau II

Il concerne, au contraire, la norme du système ou ses méta-règles. Ici, c'est le fonctionnement global du système qui est modifié.

Du changement I au changement II, il existe une discontinuité, une sorte de saut, d'un niveau logique à un autre. Lorsque toutes les mesures homéostatiques du premier niveau ont été prises mais sont inefficaces, le système aborde une « crise ». Un changement II s'impose pour rétablir la marge de souplesse nécessaire aux régulations homéostatiques. (101)

Ces deux niveaux de changement sont à comparer avec ceux des apprentissages I et II. Un changement II est en effet possible grâce à un apprentissage de niveau II. C'est ce deuxième niveau qui intéresse bien sûr les thérapeutes. L'acquisition de nouvelles règles relationnelles, redonne au patient son autonomie face à la situation.

Intervention thérapeutique

L'objectif de la thérapie est de faire cesser les tentatives de solution mises en place par une personne ou son entourage. Cela repose sur une position active du thérapeute qui prend des mesures délibérées pour modifier les modèles d'interactions défectueux avec « autant de force, d'efficacité et d'habileté que possible », commente de Shazer. (80) Une injonction paradoxale est le plus souvent utilisée. Elle consiste à demander à la personne ou à la famille de faire « exactement le contraire » de ce qu'elle répète et qui a construit son problème. (98)

Cette proposition de comportement, en opposition totale avec l'attitude antérieure de la personne qui vient en thérapie, ne sera acceptée par le patient que si le thérapeute a pris

quelques précautions. Pour cela, il construit une relation thérapeutique de qualité, s'adapte au langage du patient et adopte sa vision du monde. Il recadre la perception de la situation pour la rendre plus utile et plus adaptée au dépassement du problème. Il propose, enfin, des actes précis pour permettre au patient de commencer à changer son comportement. (102)

Pour illustrer cette technique par un exemple, nous citerons le cas de la dépression. La tentative de solution la plus utilisée par les familles d'un patient déprimé consiste à l'inciter à faire « encore un effort ». Le thérapeute pourra proposer à la famille d'encourager le patient à se reposer, voire à lui interdire toute activité qui risque de le fatiguer. Cette approche repose sur une vision interactionnelle du symptôme. La dépression est envisagée comme une attitude active (c'est à dire une réponse à un contexte donné). Selon le principe de la récursivité, en changeant la réponse comportementale de l'entourage à cette manière d'être, nous la changeons elle-même. (101) Cela correspond bien aux propos du biologiste Th. Dobzhansky :

« En changeant ce qu'il connaît du monde, l'homme change le monde qu'il connaît. En changeant le monde dans lequel il vit, l'homme se change lui-même. » (19)

Le changement, s'il est de niveau II n'est pas superficiel. Il concerne la vision du monde du patient donc sa relation au monde. Nous avons vu avec Bateson que c'est cette relation au monde qui nous structure. Si nous la changeons, nous nous changeons nous-même.

3. NOTIONS COMMUNES AVEC L'APPROCHE CENTREE SUR LES SOLUTIONS :

Nous rappelons ici plusieurs points communs entre l'approche de Palo alto et celle de Steve de Shazer :

- C'est ce qui est « visible et observable » dans l'interaction qui est pris en compte.
- Ce qui se passe dans « l'ici-et-maintenant » de la séance de thérapie est plus important que les explications centrées sur le passé.
- Le point de vue est interactionnel et général. Il considère l'ensemble de la situation dans son contexte et s'intéresse au comment cela fonctionne.
- L'accent est mis sur le recadrage qui permet aux gens de voir les choses différemment alors que la situation n'a apparemment pas changé.

- Les patients font de leur mieux et ne sont pas considérés comme des « malades ». Ils possèdent les ressources nécessaires pour résoudre leur problème.
- Le problème est envisagé à partir des solutions mises en place par les patients pour le résoudre. (80)

Chapitre II :

De Shazer, une approche centrée sur les solutions

*« Une fois notre esprit emporté par une explication séduisante,
une information la contredisant, loin d'engendrer une correction,
provoquera une élaboration de l'explication. »*

Paul Watzlawick

La Réalité de la Réalité

*« Parfois, les clients transforment nos plus banales interventions
en expériences transcendantes, (...) alors que d'autres fois,
ils demeurent totalement imperméables à nos traits de génie... »*

Peggy Papp

The Creative Leap, Family Therapy Networker, 1984

I. Construction de l'approche centrée sur les solutions

A. Influence du constructivisme

1. PASSER D'UNE VISION HOMEOSTASIQUE AU CHANGEMENT

Même si le mouvement qui transposa, grâce à l'avènement de la théorie des systèmes, « la 'maladie' de l'individu vers la famille, du 'psychisme' au 'système', est radical et révolutionnaire », il n'est pas allé assez loin pour Steve de Shazer. (80)

La première cybernétique comporte la notion d'un « tout » (le système entier) qui serait d'une logique supérieure à celle de ses « parties » (les éléments du système). Elle s'intéresse aux phénomènes de réduction de l'écart avec la norme, d'homéostasie et de maintien en équilibre d'un système. (80)

Cela correspond au modèle dont parlait Jackson à propos du concept d'homéostasie familiale. Le symptôme y est vu comme un moyen de rétablir l'équilibre perturbé au sein de la famille. (95) Jay Haley évoque à ce propos l'apparition d'un problème théorique pour le groupe de Palo Alto. Il explique que :

« la vision homéostasique est une façon d'expliquer pourquoi le changement ne se produit pas ; ce n'est pas une façon de concevoir l'induction du changement. » (43)

Etudier comment le symptôme se maintient peut-être intéressant mais ce n'est pas le but d'une psychothérapie. Il poursuit :

« Erickson, lui s'intéresse au changement et non pas à la façon dont les situations restent stables. » (43)

C'est également le cas de Steve de Shazer et c'est la raison pour laquelle il se démarque de cette théorie homéostasique. (80) Il suit John Weakland qui explique qu'il :

« nous faut repartir à zéro : en fait, reconstruire un mythe nouveau, une nouvelle vision des problèmes qui soit le moins possible entravée par les mythes du passé. » (96)

2. ETHIQUE ET CYBERNETIQUE DE SECOND ORDRE

Von Foerster qui met au point la cybernétique de deuxième ordre ou « cybernétique de la cybernétique », inclut l'observateur lui-même dans le système qu'il observe. (28)

Le « dualisme », faisant référence à la notion de séparation « de l'objet et du sujet, de l'observé et de l'observateur et du postulat implicite de la relative indépendance de l'un et de l'autre », n'est plus accepté. (51)

L'apport de la cybernétique de second ordre est d'une extrême importance. Foerster explique :

« Ce qui est nouveau, c'est que l'on a pris profondément conscience que pour écrire une théorie du cerveau il faut un cerveau. Il s'ensuit que si une théorie du cerveau a quelque prétention à être complète, elle doit expliquer sa propre écriture. Plus fascinant encore, celui-là même qui écrit cette théorie doit rendre compte de son écriture.

Cette perception représente un changement fondamental non seulement dans la façon dont nous faisons avancer la science mais aussi dans notre façon de percevoir l'enseignement, l'apprentissage, les processus thérapeutiques... » (29)
(61)

Foerster situe le changement épistémologique dans le regard que porte l'observateur sur le monde ou le thérapeute sur le patient. Il distingue deux cas en fonction de l'inclusion ou non de l'observateur dans le système qu'il observe.

- Si un observateur extérieur regarde le monde ou les gens dans le monde, il peut dire aux autres la façon dont ils doivent penser et agir. Il peut établir des codes moraux.
- Si l'on se considère soi-même comme un participant actif de l'interaction mutuelle dans la circularité des relations humaines, nous pouvons uniquement nous dire à nous-même comment agir et penser. Là est, dit-il, l'origine de l'éthique. (29)

Cette distinction entre les deux positions possibles pour une personne, exclue ou incluse dans le système, en amène une autre entre la découverte et l'invention.

- Si nous nous considérons comme distinct de l'univers, nous l'observons comme à travers le trou d'une serrure. Nous pouvons alors découvrir certaines choses...
- Si nous faisons nous-même partie de l'univers, à chacun de nos actes nous changeons à la fois l'univers et nous-même, nous inventons chaque jour de nouvelles relations, de nouveaux comportements...

L'important est notre liberté de choisir notre position personnelle. Pour de Shazer, le thérapeute est inclus dans le système. Il participe, avec les patients, à l'émergence (la construction) de nouvelles réalités. (80)

3. CRITIQUE DES EPISTEMOLOGIES POSITIVISTES

Le modèle épistémologique le plus habituel, dans la culture scientifique occidentale, reposait, le plus souvent, sur les conceptions positivistes.

Celles-ci postulent

« qu'il existe une réalité substantielle qui présente quelque forme de permanence, indépendante et antérieure à son observation ou à son attention. » (51)

nous explique J-L. Le Moigne. Il ajoute :

« La réalité connaissable a un sens en elle-même et ce sens ne dépend pas nécessairement des préférences personnelles des observateurs-modélisateurs qui s'efforcent de l'enregistrer sous forme de détermination (qu'elle soient lois, principes, causes, conjectures ou théories) » (51)

« La *Réalité* [est] indépendante de l'existence et de l'expérience des observateurs qui la décrivent. » (51)

Ce qui caractérise ces épistémologies positivistes est cette notion de « vérité objective ».

Délaisser cette notion, pour nous pencher sur le constructivisme, nécessite sûrement, comme l'écrit Wittezaele,

« un abandon de certaines habitudes de pensées auxquelles nous nous sommes tellement accoutumés que nous ne pouvons même plus percevoir à quel point nous en sommes dépendants. » (101)

4. EPISTEMOLOGIE CONSTRUCTIVISTE

Les épistémologies constructivistes se sont développées à partir des années 80. Elles se sont introduites en thérapie notamment grâce à la publication de *Die Erfundene Wirklichkeit* (92), un ouvrage dirigé par Paul Watzlawick.

Elles considèrent la réalité comme dépendante du sujet connaissant, reconnue par lui et n'existant qu'à la mesure de la valeur qu'il lui accorde. (51) Qu'il soit simple ou radical, le constructivisme n'accepte pas l'existence d'une réalité objective... indépendante de l'observateur. De la réalité, nous ne pouvons connaître que les effets. (94)

« Marcheur, il n'y a pas de chemin, le chemin se construit en marchant »

nous dit le poète et philosophe espagnol A. Machado. Le réel est construit dans l'acte même qui s'exerce à le connaître, par et dans l'expérience.

« La réalité ou mieux, les réalités sont inventées plutôt que découvertes ; les humains construisent les mondes dans lesquels ils vivent. » (80)

souligne de Shazer.

Nous avons vu la position de Bateson qui postule que l'individu se structure dans l'interaction avec son environnement. Watzlawick cite Lidz et all. (89)

« Nous considérons que l'homme n'est pas naturellement doté d'une logique interne des relations causales, mais plutôt que l'entourage dans lequel il est élevé influence sa manière de percevoir, de penser de communiquer... » (52)

La « modélisation systémique », ou « modélisation de la complexité », selon E. Morin (57) est indissociable du constructivisme. Elle

« s'attache à décrire une action dans son contexte, en l'entendant dans son irréductible complexité. » (51)

Elle s'intéresse à toutes les questions en même temps : « qui, quoi, comment, pourquoi, dans quel but ? ». Elle tient compte de l'intention du sujet et privilégie la modélisation de « l'acte » sur celle de la « chose ».

Les thérapies brèves privilégient l'objectif du patient dans le présent et vers le futur, plutôt que la recherche des causes de sa situation dans le passé. Le « pourquoi » est interrogé dans le sens du but (pourquoi faire ?) et non plus de la cause. (51)

5. SYSTEME THERAPEUTIQUE

Bateson mettait déjà l'accent sur l'importance de la « réflexivité de la tâche du thérapeute. » (74) Le praticien fait partie du système qu'il tente de modifier. Il ne peut plus se prétendre neutre face à celui-ci. Son état interne propre influence la relation thérapeutique. Il doit en tenir compte dans ses interventions.

Pour de Shazer,

« La révolution systémique n'est pas assez systémique : elle n'est pas allée assez loin. » (80)

Il faut pousser plus avant l'explication systémique, explique-t-il, et considérer la « situation thérapeutique en tant que système », composée de quatre éléments : le sous-système thérapeute, le sous-système patient, le problème et/ou la solution, les interactions entre les trois ensembles... (80)

Pour de Shazer, dans une logique constructiviste, le thérapeute interagit avec le patient d'une manière telle qu'il est impossible de l'isoler et de lui assigner une position d'observateur indépendant et détaché. La situation thérapeutique doit s'envisager comme un système interactionnel construit sur le jeu de langage qui s'installe entre le patient et le thérapeute. (80) (95)

B. Regard sur le patient

Les épistémologies constructivistes ont modifié le regard que porte le thérapeute sur son patient.

1. LA NOTION DE NORMALITE

Watzlawick fait remarquer que la psychiatrie, contrairement aux autres spécialités, n'a pas de définition universellement acceptée de la normalité. (93)

« La question de la santé mentale d'un individu n'est pas une hypothèse scientifique, mais philosophique, métaphysique ou même parfaitement superstitieuse.

Devenir conscient de qui nous sommes 'réellement' nécessiterait que nous nous mettions à côté de nous même et nous regardions objectivement, défi proche de celui que seul le baron de Münchhausen parvint à relever lorsqu'il réussit à se sauver, ainsi que son cheval, de la noyade dans un marécage en se tirant lui-même par sa propre queue de cheval. » (94)

Définir la normalité comme une adaptation à la réalité sous entend l'existence d'une réalité réelle accessible à l'esprit humain. Or nous venons de voir que cette hypothèse, dans une logique constructiviste, n'est pas tenable.

Les sciences médicales ont une réalité de premier ordre sur laquelle elles peuvent raisonner. Au royaume de la psychothérapie, nous sommes dans les hypothèses, convictions et croyances... dans la réalité de deuxième ordre.

2. UNE APPROCHE NON PATHOLOGISANTE

Dans un modèle normatif, la pathologie est définie par rapport à une référence établie, connue, « universelle ». Il existe un idéal de santé mentale. L'objectif de la thérapie est de réduire l'écart avec la norme. (13) Pour les thérapeutes brefs, il n'existe pas plus de modèle que de réalité objective. Ils sont beaucoup plus intéressés pour percevoir ou découvrir la réalité propre de chaque patient.

Dans cette logique constructiviste, le thérapeute est co-constructeur de la réalité et donc de la pathologie ou de la normalité.

C'est pour cela que Steve de Shazer emploie systématiquement le mot de « client » pour parler de ses « patients ». Il est important de préciser que ce terme est traduit du mot anglais « *client* » qui, dans cette langue, ne fait pas directement référence à la relation commerciale comme c'est le cas en français. Il existe deux autres mots anglais pour le commerce : « *customer* » et « *patron* ». Le champ sémantique de « *client* » est donc plus

restreint en anglais et renvoie au domaine médical. Alain Bonora, le traducteur de *Les mots étaient à l'origine magiques* explique que « client » a été retenue en français pour désigner « celui qui requiert les services de quelqu'un », comme c'est le cas en thérapie brève. Cette appellation de la personne qui consulte un thérapeute permet de démedicaliser la relation et évite de « coller une étiquette de malade » comme celle attachée au terme de « patient ». (81) Cependant le terme de « patient » est d'utilisation courante en français et nous l'utilisons dans notre travail. Nous gardons à l'esprit dans notre pratique, autant que faire ce peut, cette approche spécifique des personnes, non normative et non pathologisante.

Don Jackson avait déjà évoqué les conséquences possiblement néfastes de l'application d'étiquettes diagnostiques à des familles ou des patients. Il nous mettait en garde contre les « prescriptions auto-réalisantes ». Watzlawick en donne la définition suivante :

« Une prédiction auto-réalisante est une hypothèse qui, précisément parce qu'elle a été faite, cause la réalisation de l'évènement attendu et, donc, récursivement, confirme sa propre justesse. » (94)

Les hypothèses que nous construisons sur le monde influencent la façon dont nous percevons ce même monde. Ainsi :

« Si un homme pose comme hypothèse, pour une quelconque raison, que les gens ne l'aiment pas, il se comportera, en raison de cette hypothèse, de façon tellement hostile, démesurément sensible, méfiante, qu'il produira dans son environnement humain l'hostilité précisément qu'il attendait, et cela lui prouve combien il avait raison au départ ! »

Don Jackson préconisait une approche non pathologisante de la « maladie mentale ». Il se rapprochait ainsi, à la suite de Thomas Szasz, des courants « antipsychiatriques » des années 60. Sa position était profondément humaniste. Il était pour le respect des différences individuelles et la tolérance de la diversité nécessaire à l'évolution de la société. Il estimait que toute croyance partagée par les membres d'une famille constituait leur réalité et qu'il fallait la respecter.

Erickson préconisait, lui aussi, bien avant l'avènement des théories constructivistes le sur-mesure et le respect des positions du patient.

Cette approche non normative se retrouve dans les travaux ultérieurs du M.R.I. et les thérapies solutionnistes. (101) La réalité est celle que perçoit le client tout comme les difficultés abordées en thérapie sont celles que le patient souhaite traiter.

Nous reprenons les termes de Martin Wainstein,

« le concept de vrai a cédé la place à celui de vraisemblable, plausible, faisable. (...) L'approche interactionnelle abandonne le point de vue causal linéaire et ignore la question de la 'vérité'.

Au lieu de cela, elle met l'accent sur la signification qu'attribuent nos clients à une personne, une situation ou un objet, considéré comme une construction strictement corrélée à une façon particulière d'utiliser le langage 'ici et maintenant'. » (88)

Il ne s'agit pas de chercher ce qui est caché ou plus profond. Tout est là, directement accessible, dans le langage du patient.

Rappelons qu'un message a deux caractéristiques essentielles :

- l'information qu'il transmet est dépendante de l'ensemble dont il provient.
- cet ensemble de références dont il est émis est subjectif. C'est l'émetteur du message qui est capable de le préciser. Il correspond à son « point de vue ».

Ainsi chaque message est idiosyncrasique. Il est dépendant du système de référence de la personne qui l'émet. Le langage et la façon dont une personne l'utilise pour s'exprimer témoignent de la façon dont elle perçoit le monde. Cela définit ce qui est possible et impossible pour elle.

C'est ce point de vue du client qu'il appartient au thérapeute de découvrir.

C. Abandon du structuralisme

Dans la première partie de son ouvrage *Les mots étaient à l'origine magiques*, Steve de Shazer retrace une partie de sa recherche en psychothérapie. Il tente de rendre explicite son parcours de thérapeute qui l'a conduit à sa pratique actuelle. Il explique qu'il souhaite ardemment, au début de sa pratique, découvrir « l'essence » de la psychothérapie, « un fondement fixe et stable, un ensemble d'hypothèses scientifiques et structurales. » Se penchant sur les travaux d'Erickson, il cherche à découvrir

« une théorie fondamentale sous-jacente ayant servi de base à sa manière de procéder ». (81)

Même si Erickson déclare :

« Je sais ce que je fais, mais expliquer comment je le fais m'est beaucoup trop difficile, » (58) (81)

de Shazer, comme plusieurs autres auteurs ayant observé le travail d'Erickson, pense au départ, pouvoir en dégager des règles et une théorie.

De Shazer explorant les cas d'Erickson se compare à un détective, tel Sherlock Holmes, se méfiant de « gauchir les données pour satisfaire la théorie ». (81) Il attache donc de l'importance aux « cas spéciaux », « inclassables », les gardant dans un coin à part au lieu de les négliger. Les « cas singuliers » ou « exceptions » sont, dit-il, les fruits même de la théorie qui les reconnaît comme tels. Il espère un jour les intégrer aux lois

d'ensemble. En effet, si la théorie change, explique-t-il, les cas particuliers peuvent devenir de simples « données ».

Cette manière de procéder lui permet de découvrir que dans l'approche d'Erickson,

« les exceptions sont au moins aussi importantes, sinon d'avantage, que les règles. » (81)

Il se demande donc finalement si le secret de l'approche d'Erickson ne réside pas, tout simplement, dans le fait qu'il n'y a rien de caché. L'essence de son approche serait donc la « diversité et la variété ».

Mais, si rien n'est caché derrière, que tout est là, dans des interventions « locales », « individuelles » et dépendantes du contexte, il n'existe pas de « belle conception d'ensemble » ni de théorie. (81) C'est ainsi que de Shazer abandonne progressivement une approche structurale et la recherche d'une théorie sous-jacente à la pratique de la thérapie.

Si nous renonçons à la théorie, au structuralisme, il faut nous pencher sur le langage d'une façon nouvelle, explique-t-il, et

« prendre les mots au pied de la lettre, lire en surface, éviter toute tendance à lire entre les lignes, et ignorer le besoin de regarder 'derrière et dessous' ». (81)

Quitter le structuralisme n'est pas chose facile. Cela implique que nous abandonnions nos pré-requis et nos idées préconçues. Chaque situation doit être abordée avec un regard neuf qui cherche à en découvrir les spécificités particulières.

Cette attitude globale, à l'écoute du « client », permet à de Shazer de constater combien :

« les clients sont des gens intelligents. C'est [en effet] d'eux-mêmes que viennent la plupart des 'interventions inhabituelles' dans la liste des cas divers ! » (81)

Il s'agit d'être disponible et d'ouvrir ses oreilles quand les clients disent ce qu'il faut faire... A la suite de Bateson, de Shazer envisage la pratique thérapeutique d'un point de vue interactionnel. Il précise que :

« toute thérapie intelligente nécessite que le thérapeute et le patient aient l'intelligence de trouver ensemble les moyens intelligents de coopérer. » (81)

C'est par le dialogue qui s'établit entre le client et le thérapeute que cette coopération peut se construire. Nous verrons comment toute la pratique de Steve de Shazer repose sur l'écoute et l'attention portées aux réponses des patients à ses interventions.

D. Porter son attention sur le langage

Steve de Shazer précise dans l'avant-propos de *Différence* (80) qu'il considère l'entretien thérapeutique comme une conversation. Pour étudier « ce qu'il fait en thérapie avec ses clients » il nous faut préciser ce qu'il nomme sa « philosophie du langage ».

1. QUATRE DEFINITIONS DU LANGAGE

De Shazer s'est beaucoup inspiré de la pensée des philosophes (Derrida et Wittgenstein notamment) sur le langage. Pour cet auteur, la conception que nous adoptons du langage reflète la façon dont nous appréhendons la thérapie.

Au début de *Les mots étaient à l'origine magiques* (81), il esquisse quatre conceptions principales du langage :

- Pour le sens commun, la signification des mots est immuable, clair et sans ambiguïté. Quand nous parlons de quelque chose, nous savons aussitôt de quoi nous parlons.

« Le mot renvoie directement à la chose elle-même. » (81)

- Dans la pensée occidentale traditionnelle, le langage représente, d'une certaine façon, la réalité.

« On peut savoir ce qu'un terme arbitraire comme 'dépression' signifie parce que leur sens est fixé par la tradition. » (81)

Il existe un « code » qui permet de connaître le sens des mots. (81) Dans ce modèle structuraliste, il existe dans le langage, une structure de surface (le signifiant) et une structure profonde (le signifié). Par similitude, le symptôme est considéré comme la surface de la maladie qui, elle, est cachée et plus profonde.

- Selon le bouddhisme, le langage nous empêche d'accéder à la réalité.

« C'est la méditation qui nous permet, en endiguant le flot des pensées et des mots d'entrer en contact avec la réalité authentique. » (81)

- Selon le point de vue que retient de Shazer pour son approche psychothérapique, le langage construit la réalité. Le mot 'dépression' est une construction de son utilisateur.

« Ce que signifie ce terme est à la fois arbitraire et instable, c'est-à-dire que son sens varie en fonction de ceux qui l'utilisent et de ceux à qui il est adressé dans un contexte donné. » (81)

Il est impossible de s'extraire de son langage pour le décrire. Aussi le sens des mots est inventé au même titre que la réalité, selon un point de vue constructiviste.

« Le constructivisme est un point de vue philosophique qui sert de cadre de référence en thérapie. Considérer que la réalité est inventée plutôt que découverte implique que *les réalités émergent de processus linguistiques consensuels* : le monde est perçu comme langage. » (80)

explique-t-il. Pour de Shazer, comme pour Wittgenstein, rien n'est caché, tout est là, directement observable dans le langage. Nous avons besoin, disent-ils, non pas « d'une vision pénétrante, mais d'une vue dégagée ». (80)

Cette acception particulière du langage a des implications fondamentales dans la façon de concevoir l'approche thérapeutique.

2. DECONSTRUCTION

Le travail de Steve de Shazer rejoint par certains aspects celui de Michael White dans l'approche narrative. (107) Ces deux auteurs se sont inspirés du concept de « déconstruction » de Derrida. Pour White, la « déconstruction » est un processus thérapeutique qui consiste à :

« mettre en évidence des conditions historiques en jeu dans la production de certaines significations et permet de bouleverser des réalités considérées comme allant de soi. » (107)

La technique thérapeutique de White, comme celle de Steve de Shazer repose sur l'élaboration de questions précises qui déconstruisent le sens que les personnes attribuent à la réalité et les conclusions qu'elles tirent sur elles-mêmes, les autres et le monde.

Cependant l'approche de White a une dimension sociale qui n'est par retrouvée chez De Shazer. Le travail de Michael White, appartient au mouvement du constructionnisme social. Il s'intéresse aux « narrations », les récits ou les histoires que les gens construisent à leur sujet, grâce au langage, donnant, ainsi, une signification à leur vie. C'est sur cette signification que se porte l'attention de White. Il

« s'efforce d'extérioriser les discours intériorisés grâce à des conversations thérapeutiques qui visent à repolitiser ce qui avait été dépolitisé. » (24)

Il cherche, en extériorisant les problèmes, en les replaçant dans leur contexte social, à ce que les patients prennent une certaine distance par rapport à leurs troubles et expérimentent des « narrations » alternatives. (24)

Le travail de Steve de Shazer est plus particulièrement centré sur le patient et ses ressources. Il utilise pour cela la lecture centrée sur le texte qui permet de déconstruire les significations qu'attribue le patient à la réalité pour développer des solutions alternatives. (24)

3. LECTURE CENTREE SUR LE TEXTE

L'expression retenue par de Shazer de « lecture centrée sur le texte » désigne son souci de se concentrer sur ce que dit le client, qui témoigne de sa vision du monde.

« L'unité d'analyse est le client, le thérapeute et la conversation qu'ils ont ensemble au sujet des préoccupations des clients. Cette approche utilise la logique interne, les préoccupations et la structure d'une construction afin d'ouvrir cet ensemble lui-même pour permettre l'apparition de nouvelles significations. » (81)

Il s'agit d'utiliser le langage et la logique même du client, de résister à toute tentation d'interpréter, de regarder derrière ou dessous à la recherche d'une référence, d'un modèle.

De Shazer souligne que cette « lecture centrée sur le texte » est présente dans la notion de « tentative de solution » et dans la pratique de John Weakland. (81)

« L'insistance qu'il (John Weakland) met à obtenir autant de détails que possible témoigne de son désir de s'en tenir à ce que dit le client, de rester à l'intérieur de la logique du client. » (81)

L'approche de Weakland en posant des questions sur les détails, sur les séquences interactionnelles, en demandant des exemples précis, cherche à découvrir la vision du client, sa logique interne. Il ne considère pas qu'une chose « en soi » puisse être un problème... Il cherche en quoi cette chose là est un problème pour ce client là. Le thérapeute est considéré comme ayant une compétence spéciale en résolution de problème tandis que le client possède toutes les informations nécessaires pour résoudre son problème. (81)

« Weakland fait très attention de s'en tenir à ce qui est dit, de rester centré sur le texte lui-même, de ne rien présumer, de ne pas avoir de présupposés. La question sur laquelle il focalise l'entretien n'est pas 'Qu'est ce qui ne va pas ?' mais 'Etant donné que quelque chose ne va pas, qu'est-ce que vous allez faire pour y remédier ?' » (81)

De Shazer met au centre de sa propre pratique ce souci de « trouver ce qui n'a pas fonctionné, pour ne pas le répéter, et de découvrir ce qui compte vraiment pour les clients ». (81) Cela est possible grâce à la conversation thérapeutique, au cours de laquelle, client et thérapeute construisent des jeux de langages qui déterminent le « champ des possibles » pour les clients et permettent l'émergence de nouvelles significations, de nouveaux comportements...

4. JEUX DE LANGAGE

De Shazer porte une grande attention aux « jeux de langage » (103) qui se créent entre le thérapeute et son client au cours de la situation clinique. C'est sur ceux-ci, dit-il, que se base toute la thérapie et que peut se construire la « coopération patient–thérapeute » (80) nécessaire au changement.

Bakhtine, cité par de Shazer explique comment :

« Aucun énoncé en général ne peut être attribué au seul locuteur : il est le *produit de l'interaction* des interlocuteurs et, plus largement, de toute *situation sociale* complexe dans lequel il surgit. » (81)

Il n'existe pas de sens « tout fait », antérieur à la conversation, qui puisse être transféré d'une personne à une autre. Le sens se développe et prend forme dans le processus d'interaction. Il n'y a pas de code indépendant des interlocuteurs.

Wittgenstein développe cette idée en précisant que le sens d'un mot dépend de l'usage que font les gens du langage. (81) Comprendre ce qui est dit, c'est comprendre le « jeu de langage ».

« Les jeux de langage sont des activités partagées, structurées culturellement qui sont centrées sur la façon dont les gens utilisent le langage pour décrire, expliquer et justifier leur situation. » (80)

Les jeux de langage construisent et maintiennent les réalités et les relations sociales. Ils comprennent des phrases, des gestes, des mots, des pensées, des expressions faciales, des postures... Ils constituent un « système complet de communication humaine ». De Shazer met l'accent sur cette notion de système qui implique que tout signe particulier ne peut être compris isolément et est étroitement dépendant du contexte entier de la communication. (80) Il emprunte à Wittgenstein son exemple d'une partie d'échec.

« Le fait de signaler, de nommer, et de comprendre de tels gestes [les coups aux échecs], n'est pas significatif en lui-même, ni par le biais de quelques actes ou processus mental qui l'accompagne. Ils sont plutôt inscrits dans une séquence et reçoivent leur signification d'un *avant* et d'un *après*. » (103)

La valeur que nous attribuons aux coups est étroitement dépendante des circonstances que nous appelons « jouer une partie d'échec. » (103)

La relation thérapeutique, selon de Shazer, est négociée, consensuelle et coopérative. Elle repose sur un constructivisme interactionnel. (80) Pour cela, elle crée des « jeux de langage » sur les exceptions, les objectifs, les solutions... (79) Ceux-ci sont négociés et produits par les thérapeutes et leurs clients qui, ensemble, interprètent, donne un sens à des évènements, des sentiments, des relations sociales par ailleurs ambigus.

5. CONSTRUIRE UN SENS

De Shazer considère les mots comme :

« des locomotives d'un train de marchandises qui traînent derrière elles des wagons remplis de toutes leurs significations précédentes. (...) »

Il est seulement possible, dit-il, de savoir ce que veut dire un mot par la manière dont les participants à la conversation l'utilisent. » (80)

Le sens des mots est défini par les acteurs du « jeu de langage », au moment même de leur conversation.

« Le praticien doit accepter au pied de la lettre la manière dont le client décrit sa situation et construit sa réalité. » (80)

Il doit employer les mots même du client et percevoir le sens que celui-ci leur attribue.

Ainsi, lorsqu'un patient dit « je suis déprimé », de Shazer explique que sa vision de lui-même s'accorde avec les contraintes de son environnement et lui permet de prédire, par exemple, ses réactions aux efforts faits par les autres pour lui remonter le moral. Mais le mot « déprimé » n'a pas de sens en lui-même. Ce qui intéresse le thérapeute est : dans quel sens ce patient là entend ce mot là. A cette fin, il demande au patient :

« Comment savez-vous que vous êtes déprimé ? » (80)

Le client doit alors utiliser des « critères extérieurs », des preuves qui viennent étayer sa connaissance, son acception du mot « déprimé ». Les patients sont amenés à nommer, à décrire leur comportement. Lorsqu'ils le font avec un thérapeute, il est possible de construire, avec eux, un jeu de langage. Nous pouvons aussi bien construire que déconstruire les concepts qu'ils ont d'eux-mêmes. Nous les aidons à choisir les mots et les significations les plus utiles et les plus bénéfiques pour eux, dans leur situation. (80)

6. DIFFERENCE

Pour de Shazer, la différence est première. Il fait référence aux idées de Bateson et de Derrida où la différence est une expérience émotionnelle, une perception de nos organes sensoriels.

Si nous vivions dans un monde uniforme, nous ne percevrions rien, nous dit Bateson. Nos organes sensoriels sont capables de percevoir uniquement les différences entre les choses. Mais ceux-ci ont un seuil de perception. Ils restent insensibles à de trop petits changements. Les informations que nous percevons consistent en « des différences qui font une différence ». (4) C'est-à-dire qu'il faut que la différence soit perceptible par nos

organes sensoriels, que pour eux, elle constitue une différence. Aussi pour ses auteurs, il n'existe que des différences entre les choses, puisque c'est là tout ce que nous sommes capables de percevoir...

Grâce à cette notion de différence, de Shazer développe une « théorie binoculaire du changement. » (77) Il l'illustre par une métaphore :

« La perception de la profondeur est un plus venant du fait que ce que voit l'œil droit est sensiblement différent de ce que voit le gauche. Isolément aucun des deux yeux n'est capable de percevoir la profondeur que les deux yeux ensemble perçoivent. » (80)

Il en est de même dans le contexte clinique, explique-t-il. Le changement n'est possible que dans l'interaction entre le thérapeute et le client. Celui-ci décrit sa situation de son point de vue. Le thérapeute écoute et voit toujours les choses un peu différemment. Il redécrit ce que le client vient de raconter... Progressivement se dégage une vision qui n'est, ni celle du thérapeute, ni celle du client, mais quelque chose qui diffère des deux. C'est dans cette différence que peut s'élaborer la nouvelle vision du monde du patient. Une différence n'est efficace que si elle est perçue par l'intéressé. Il s'agit de créer des différences qui font des différences pour le client.

Pour obtenir cette vision différente qui ne soit ni celle de l'un ni celle de l'autre, mais quelle soit acceptée par les deux, il faut que la description du thérapeute ne soit ni trop éloignée, ni trop similaire de celle du patient. De Shazer a toujours le souci de reformuler ce que lui dit un client. Il prend la précaution de lui demander régulièrement : « Il m'a semblé que... corrigez-moi si je me trompe... » et ne poursuit la conversation thérapeutique qu'après validation par le client de ses reformulations. (81)

II. Principaux concepts : définitions

A. Limitation, difficulté, problème et solution

Il est important de préciser ici la différence faite en thérapie brève entre une limitation et un problème. Cabié et Isebaert expliquent que

« la vie est une succession de problèmes que nous devons résoudre et de limitations que nous devons accepter. » (15)

Les limitations peuvent être biologiques (l'âge, le sexe...), liées au contexte socioculturel, dues à des choix que nous avons faits dans le passé, secondaires à des traumatismes... dans tous les cas ce sont des éléments sur lesquels nous ne pouvons pas agir et que nous devons accepter. Les problèmes au contraire peuvent être résolus.

Il est important de garder à l'esprit que si une limitation ferme certaines portes, elle en ouvre d'autres. Chaque fois que nous voulons modifier un élément dû à une limitation, nous nous piégeons nous-même dans une quête sans fin. Trouver une solution à une limitation, selon cette définition, n'a pas de sens. La question du thérapeute est : « Comment puis-je aider un patient à accepter ses limitations et à résoudre ses problèmes ? » (15)

Pour de Shazer, une difficulté est un événement de vie contraignant, banal et quotidien comme la voiture qui refuse de démarrer, un enfant qui fait pipi au lit, un couple qui se dispute... (83) Les problèmes sont engendrés par des tentatives récurrentes et inefficaces pour surmonter une difficulté : les tentatives de solutions de l'école de Palo Alto. Les solutions sont des changements comportementaux et/ou perceptuels que les thérapeutes et les clients construisent pour altérer la difficulté ou les tentatives de solution. (83) Sachant que les problèmes se développent et persistent dans un contexte d'interaction humaine, les solutions consistent à changer les interactions dans le contexte et les contraintes de la situation. Il est utile de connaître ces caractéristiques liées au contexte et aux modes d'interaction en jeu car, pour être efficace, une solution doit être adaptée à ces contraintes (dans le sens où une clé est adaptée à une serrure).

B. Indépendance entre problème et solution

C'est la multiplicité des plaintes d'une famille vue en séance au B.T.C. (vingt sept, au total, différentes pour chaque membre de la famille), qui poussa l'équipe sur un chemin non connu à l'époque. Devant l'impossibilité d'employer la technique habituelle centrée sur le problème dans une telle situation, celle-ci donna à la famille la tâche suivante :

« Jusqu'à notre prochain entretien, nous vous demandons d'observer, de telle façon que vous puissiez nous en parler, ce qui se passe dans votre vie que vous souhaitez voir continuer. » (84)

Cette tâche eue pour effet de résoudre en quinze jours vingt-cinq des vingt-sept plaintes et de faire dire à la famille que c'était suffisant pour arrêter la thérapie. Les deux plaintes restantes disparurent 6 mois plus tard.

L'équipe, surprise, décida de chercher à comprendre ce qui c'était passé et prescrivit cette « tâche de la première séance », à la plupart des clients pendant les deux années suivantes.

Dans 90% des cas, ceux-ci étaient capables, à la deuxième séance, de rapporter des choses qu'ils voulaient voir continuer. Ils attribuaient à ces événements une grande responsabilité dans l'amélioration de leur situation. Force fut de constater que ces éléments n'avaient que peu de rapport avec les problèmes décrits et ne correspondaient pas à ce que le thérapeute aurait pu imaginer, de son côté, comme facteur probable d'amélioration.

Le lien, d'une très grande valeur encore à cette époque, entre plainte et solution, ne devenait plus aussi évident ni nécessaire à l'amélioration. Il est apparu, d'abord dans l'expérience clinique, avant que ce ne soit confirmé dans la recherche, que le « processus de solution » peut se faire indépendamment de la plainte, sans que le thérapeute ou le patient ne sachent exactement quel est le problème.

L'idée que les solutions et les objectifs du client sont plus importants que ses problèmes s'est progressivement imposée à l'équipe du B.F.T.C.

De Shazer propose l'expérience suivante à des thérapeutes. Dans un premier temps, ils écoutent 'Monsieur A' parler pendant une demi-heure de tous les problèmes de sa vie en se concentrant plus particulièrement sur son sentiment de dépression. Dans un second temps, ils passent une demi-heure avec 'Monsieur B' à évoquer tout ce qui a bien marché dans sa vie, en mettant plus particulièrement l'accent sur son sentiment de réussite.

De Shazer leur demande alors : « Comment vous sentez-vous après cette demi-heure ? » Dans les deux cas, les thérapeutes racontent que les « faits » ne cessent de s'accumuler, dans le sens de la question de départ. Dans le premier cas, le problème

s'alourdit jusqu'à rendre la situation insupportable tandis que, dans le second, l'entretien devient de plus en plus agréable et stimulant. (81) De Shazer nous laisse imaginer ce que peuvent, de leur côté, éprouver les clients dans ces deux cas.

Fort de cette expérience, de Shazer propose ainsi de passer des « jeux de langage centrés sur le problème » à ceux « centrés sur les solutions ». (80)

C. Augmenter les choix

Un des apports du constructivisme en thérapie consiste à remplacer la recherche d'une quelconque « vérité » par la tendance à « élargir le champ des possibles » pour les patients. (24)

Il s'agit de rendre au client ses capacités de choix à la fois du côté des significations qu'il attribue à la réalité que du côté des actions qu'il souhaite entreprendre dans cette même réalité.

« Le rôle du thérapeute [devient] celui d'organisateur de l'entretien, dans une ambiance où l'on soit en mesure, sans être sur la défensive, d'analyser les possibilités qu'offrent différents points de vue. » (88)

Conformément à l'optique éricksonienne, l'objectif de Steve de Shazer est de mettre en relief la capacité des gens à développer leurs propres ressources, encore inconnues d'eux-mêmes dans la plupart des cas. (88)

Foerster cite José Ortega Grasset :

« La vie de l'homme est quelque chose qu'il lui faut choisir, construire tout en avançant et c'est dans ce choix et cette invention qu'il est humain. Chaque être humain est son propre romancier et bien qu'il ait le choix d'être un écrivain original ou un plagiaire, il ne peut échapper à la nécessité de choisir. Il est condamné à être libre. » (88)

Nous avons vu que la situation problématique est définie comme une perte de la capacité de choisir une réalité propice à la poursuite de son chemin de vie. Ce qui compte en thérapie est de redonner à la personne ses capacités de choix face à aux événements qu'elle rencontre.

Marie-Christine Cabié et Luc Isebaert mettent l'accent sur cette faculté de choisir de choisir. (15) Les comportements symptomatiques sont devenus automatiques, disent-ils, et les clients ont la conviction qu'ils ne peuvent pas choisir de ne pas les choisir, qu'ils ne peuvent pas se comporter autrement. La thérapie crée le contexte où les clients peuvent choisir de changer, d'exercer leur libre arbitre ou non et d'abandonner, peut-être, leurs symptômes.

D. Et la résistance ?

Dans l'approche centrée sur les solutions, la situation thérapeutique est envisagée comme un système interactionnel de coopération thérapeute-patient, basé sur le langage. De ce point de vue, la notion de résistance perd son sens.

« Lorsque le thérapeute se concentre sur ce que veut le client et qu'il se laisse guider par lui, le concept de « résistance » n'est pas utile ». (81)

explique de Shazer, parlant même de « mort de la résistance ». (78) Utilisant comme métaphore la notion de force en physique, il précise que :

« si la quantité de pouvoir nécessaire dépend de la résistance qu'il faut pour le vaincre, alors le besoin de pouvoir diminue en fonction de la coopération du client ou en fonction inverse de sa résistance. » (81)

A la place des patients résistants, il existe, en thérapie brève, des thérapeutes coincés par leur propre vision des choses, qui construisent des résistances en utilisant des tentatives de solution inadaptées. (101)

Plus le praticien considère que le client est motivé pour le changement, moins il a besoin de pouvoir pour obtenir celui-ci, plus il peut adopter une position basse et moins le patient, qui se sent écouté et compris, résiste. C'est pour cela que la motivation du client, qui consulte, à être soulagé de sa souffrance est, ici, établie de fait. (27)

Là où d'autres ne voient que des limitations ou des résistances, Erickson nous invite à découvrir des ressources. (101) Les réticences du patient ne témoignent plus de sa volonté inconsciente à ne pas guérir, mais sont considérées comme des informations pertinentes, pour signaler au thérapeute que des modifications doivent être apportées dans l'interaction entre patient et thérapeute.

« Chaque membre d'une famille a une manière bien à lui de tenter de collaborer, et le travail du thérapeute consiste d'abord à se représenter cette manière particulière de comportement que manifeste la famille et ensuite à y coopérer, et par là même à instaurer le changement. » (77)

Les réponses des patients sont ses moyens de coopération au processus du changement. (87) Par exemple, les objectifs ont besoin d'être revus ou les tâches proposées n'étaient pas les plus pertinentes et le patient a pris d'autres initiatives.

Les attitudes d'opposition du client sont garantes que l'énergie dépensée à avancer n'est pas gaspillée en vain. Le patient dit ainsi au thérapeute ce qui lui convient et ce qui ne le satisfait pas dans le déroulement du traitement. Ses réactions sont utilisées, pour accroître sa coopération et donnent des informations précieuses sur « sa position ».

E. L'objectif

Tout d'abord il est fondamental de rappeler que **l'objectif** de cette approche n'est pas de soulager les difficultés existentielles ni les angoisses métaphysiques. La recherche du sens de la vie ou la quête de la sagesse est d'un tout autre domaine. Paul Watzlawick précise, lors d'un entretien avec J.-J. Wittezaele et T. Gracia :

« Je m'intéresse beaucoup au zen mais cela n'a rien à voir avec la thérapie. (...) A mon avis, cela devrait être laissé à l'individu ; chacun d'entre nous cherche un sens à sa vie, dans les termes qui lui sont propres. Pour moi, le but de la thérapie est le soulagement de la douleur. Lorsque le thérapeute peut permettre à ses patients de retrouver les moyens de poursuivre leur trajectoire personnelle en sortant de l'impasse dans laquelle ils sont bloqués, sa tâche est remplie. »
(101)

Nous avons vu la façon dont Erickson considère qu'un petit changement entraîne d'autres réaménagements dans la vie des patients, selon un effet « boule de neige ». Une expérience réussie, dans le cadre de la thérapie, constitue un excellent stimulant pour retrouver confiance dans ses propres moyens et affronter les inévitables difficultés de la vie.

Ainsi de Shazer explique dans *Putting difference to work* (80) que :

« si le thérapeute accepte la plainte du client comme la raison qui l'a poussé à *commencer* la thérapie, le thérapeute devrait, selon la même logique, accepter les affirmations des clients qui estiment satisfaisantes les améliorations comme raison suffisantes pour *mettre un terme* à la thérapie. » (80)

Bien que le nombre de séances ne soit plus limité au B.F.T.C. la moyenne se situe à 4,7 entretiens par consultant. Les thérapeutes et leurs clients construisent, dans un effort mutuel, un objectif défini en commun. Toute séance est envisagée comme étant potentiellement la dernière. Si l'objectif du patient est atteint de façon satisfaisante pour lui, la thérapie est jugée efficace (même s'il n'y a eu qu'une seule séance.) (80)

F. Les exceptions

Ce modèle, comme celui de l'école de Palo Alto, met l'accent sur les séquences comportementales interactionnelles du présent. Il recherche des exceptions à la règle de la plainte. De Shazer prône un grand respect du patient. Il cherche les solutions déjà mises en place par le patient et qui sont efficaces. Il ne lui propose pas un nouveau comportement à la place du sien. Il cherche les moments où le problème est absent de la vie des clients alors qu'il aurait très bien pu être présent. Il focalise l'attention du patient sur ces moments d'exception, ces périodes de réussite. Souvent celui-ci, obnubilé par son problème, ne les a

pas repérés. La prise de conscience de ces moments particuliers constitue un recadrage par rapport à l'impression qu'ont les clients que leur problème se produit continuellement et à la même intensité. Cela introduit des nuances dans la plainte et crée de la différence.

De Shazer utilise ces exceptions, comme des prototypes ou des précurseurs de solutions qui ont, pour le moment, échappé au client. L'objectif est d'aider le client à remarquer les exceptions pour ensuite « faire d'avantage ce qui marche déjà ». (80)

G. Quelques conseils et présupposés utiles

Les thérapies orientées solutions reposent sur trois principes de base, qui semblent si simples et évidents, nous dit de Shazer (84), qu'il ne devrait pas avoir besoin de les rappeler. Pourtant, ils sont vite oubliés si nous ne restons pas vigilants et attentifs à les respecter. Ils s'appliquent aussi bien aux patients qu'aux thérapeutes.

- « Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas. » (79)

Cette prémisse renvoie à l'idée fondamentale que ce modèle de thérapie est non normatif. Les sujets abordés sont seulement ceux dont le patient se plaint. Tous les autres éléments de sa vie, aussi problématiques soient-ils aux yeux du thérapeute ou de la société, ne seront pas interrogés, sauf demande explicite du patient.

- « Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus. » (79)

L'étude de plusieurs cas a montré que la plupart des gens savent identifier des moments de leur vie où les problèmes ne se manifestent pas, même s'ils pensent que ceux-ci auraient toutes les raisons d'apparaître (exception). Ce que font les clients pendant ces périodes où les choses vont bien, c'est cela qu'ils ont besoin de faire « plus ».

Cette règle peut s'étendre aux thérapeutes. Elle les invite à recommencer ce qu'ils ont déjà fait et qui est efficace, du point de vue du client. « Ils devraient aussi résister à la tentation de faire quoi que ce soit de plus », souligne de Shazer (84)

- « Si cela ne marche pas, ne recommencez pas, faites autre chose. » (79)

Ce précepte est le pendant du précédent. Le problème est constitué par les choses qui ne fonctionnent pas que répète, sous différentes formes et inlassablement, le patient. De Shazer nous met en garde contre « l'idée traditionnelle selon laquelle, si vous ne réussissez pas la première fois, essayez de nouveau et encore. » (84) Il nous engage, si l'on veut que quelque chose de « différent » se produise, à faire quelque chose de vraiment différent, de cette « même satanée chose qui recommence encore et encore ! » (84)

Du côté du thérapeute, cela implique qu'en l'absence de progrès rapides, (environ vers la troisième séance), celui-ci doit faire autre chose. Ce qu'il peut accomplir de différent est très varié, d'un simple changement d'horaire de la séance, au changement du thérapeute lui-même. De Shazer remarque qu'une différence efficace est de dire au patient que nous ne semblons pas l'aider et de lui demander « de nous aider à mieux l'aider ». (84)

Nous avons vu que les préjugés du thérapeute influencent le déroulement et le succès de la thérapie. S'ils sont positifs, ils facilitent le travail avec les clients. O'Hanlon et Weiner-Davis, dans *L'orientation vers les solutions* (62), proposent dix hypothèses utiles à la construction de solutions :

- Le changement est permanent.
- Un petit changement est la seule chose qui soit nécessaire : un changement dans une partie du système peut entraîner des changements dans une autre partie du système.
- Le rôle du thérapeute est de repérer et d'amplifier le changement.
- Il est possible d'obtenir des changements rapides ou de résoudre rapidement les problèmes.
- En général il n'est pas indispensable d'en savoir beaucoup sur le problème pour le résoudre.
- Il n'est pas nécessaire de connaître la cause ou la fonction d'un problème pour le résoudre.
- Il n'y a pas de façon juste de voir les choses ; différents points de vue peuvent être tout aussi valables et s'adapter aussi bien aux faits.
- Les clients ont des ressources et des points forts pour résoudre les problèmes.
- Les clients définissent les objectifs.
- L'intérêt est centré sur ce qui est réalisable et qui peut être changé, plutôt que sur ce qui est inaccessible et qui ne peut pas être changé.

Dix Hypothèses utiles en thérapie orientée solution

O'Hanlon et Weiner-Davis (62)

III. Techniques thérapeutiques orientées sur les solutions

A. La Relation thérapeutique

En thérapie brève, le « système thérapeutique » se construit puis se dissout entre le thérapeute et son client. Dès le départ, ce système a pour finalité d'être le plus bref possible. Selon Cabié et Isebaert,

« l'objectif est de permettre au patient, après l'intermède de la thérapie, de reprendre la direction de sa vie le plus rapidement possible. » (15)

Pour cela, le thérapeute aide les clients à développer leurs capacités d'autonomie dans leurs relations aux autres, à construire leurs propres solutions. (15)

1. LE THERAPEUTE EST EN POSITION BASSE

Respect, affiliation et croyance dans les compétences des patients.

Pour favoriser la coopération des clients, le thérapeute respecte leur système de croyances, même s'il ne le partage pas.

« Vous devez apprendre à laisser de côté, autant que faire se peut, votre propre cadre de référence pour explorer ceux de vos clients » (46)

conseillent Berg et de Jong dans *Interviewing for Solutions*, (46) ouvrage consacré à l'exposé des techniques de thérapies centrées sur la solution, à l'usage de la formation des thérapeutes.

Pour faciliter cela, l'attitude préconisée en thérapie brève est une position basse, une « position de non savoir ». Si être thérapeute veut dire, dans ce contexte, devenir expert en résolution de problèmes ou plutôt en construction de solutions, le client, lui, est et reste, l'expert de sa propre difficulté et de sa solution particulière. Le praticien fait confiance aux définitions des problèmes que livrent les patients, à leurs capacités de les résoudre. Pour cela, il les aide à développer leurs ressources. (15) Ceux-ci accepteront les interventions extérieures si elles sont adaptées à leur cadre de référence et à leurs convictions personnelles. Bien souvent les échecs thérapeutiques sont dus à des solutions idéales du point de vue du thérapeute alors qu'elles sont inconcevables pour le client.

Erickson a transformé l'hypnose traditionnelle, autoritaire et dirigiste en une capacité à :

« apprendre à observer l'autre, à comprendre sa vision du monde, à la suivre pas à pas, de façon à utiliser toutes ces informations pour amener le patient à se comporter autrement. » (101)

Pour cela, il faut *observer (voir, écouter, ressentir)* ce qu'il exprime. Jeffrey Zeig met en garde contre la tendance trop fréquente des gens à :

« entendre ce qu'ils veulent entendre, à penser ce qu'ils veulent penser, à comprendre ce qu'ils veulent comprendre. Non pas ce que le patient dit ou écrit. Ils traduisent les comportements du patient dans le cadre de leur propre expérience. » (105)

En psychothérapie, il faut observer le patient. C'est lui qu'il faut comprendre. (101)

Le choix de ce qu'il faut garder ou modifier dans la vie du client lui appartient. Le thérapeute travaille avec et pour lui. Il respecte les options que le sujet a déjà prises. Même si celles-ci ont occasionné souffrance et symptômes, il est probable que, dans le contexte où elles ont été décidées, elles représentaient le meilleur choix possible. Le praticien accompagne et soutient le client dans les changements qu'il choisit. Il témoigne d'un intérêt authentique pour les personnes qu'il suit. (15) Minuchin, à propos de la thérapie familiale, nomme « affiliation », cette attitude. (56) D'après cet auteur, elle est indispensable pour créer la sécurité nécessaire à la prise de risque par les familles d'un changement, d'une innovation.

2. DEVELOPPER UNE RELATION DE CONFIANCE

Erickson a particulièrement développé les moyens de nouer une relation thérapeutique de qualité, empreinte de respect et propice aux innovations des clients. Il a étudié minutieusement comment installer un contexte de changement. Ces travaux ont été observés et réutilisés en thérapie brève et en thérapie solutionniste.

La confiance du client est étroitement liée à son sentiment d'être compris du praticien. (46) C'est l'ensemble du message qu'il véhicule, ce qu'il dit et la façon dont il se comporte, qui doit être l'objet d'attention du thérapeute. La compréhension de son message ne peut se faire que dans cette globalité. Le contenu -communication verbale- est étroitement lié au contenant -communication non verbale- et bien sûr indissociable du contexte.

Un être humain confronté à une situation l'appréhende à trois niveaux différents :

- le niveau cognitif (ce que pense la personne lorsqu'elle se trouve dans la situation),
- le niveau affectif (les émotions qu'elle ressent à ce moment là),
- le niveau corporel (ses perceptions sensorielles).

Pour favoriser l'alliance thérapeutique et construire une relation de confiance, le thérapeute veille à valider les émotions décrites ou ressenties par le client et à ne pas disqualifier ses perceptions (quelles qu'elles soient).

Par contre le travail thérapeutique consiste à recadrer les cognitions, ce qui permet l'émergence d'une nouvelle compréhension de la situation.

Utiliser les mots du client

Erickson conseille d'utiliser les mots mêmes dont se sert le client, comme moyen de se rapprocher de lui et d'établir la relation. (62) Lui-même employait les mots appartenant au registre de vocabulaire de ses interlocuteurs. A un enseignant, il racontait des histoires d'apprentissage, à une ménagère, celles de grands magasins et à un ingénieur, des problèmes physiques ou mathématiques. (48)

Berg souligne que :

« recadrer les mots du client dans notre jargon professionnel est irrespectueux et sape sa confiance ». (46)

Utiliser les mots du client, c'est lui transmettre que ceux-ci sont irremplaçables et sont les plus adaptés pour décrire sa réalité. Le thérapeute, qui considère le patient comme capable de trouver ses propres solutions, se place ainsi dans une attitude éthique de respect de l'autre et de ses valeurs.

Le patient parle dans son propre langage, avec des tournures de phrases qui lui sont familières. Le thérapeute, qui lui répond sur le même mode, en reprenant les mêmes expressions, lui donne l'impression qu'il le comprend, qu'il le reconnaît dans son système de valeur, qu'ils parlent la même « langue ». (15)

Bien sûr le rôle du thérapeute n'est pas de répéter purement et simplement ce que lui dit la personne. L'écoute active lui permet d'amener le client à préciser ses difficultés, ses objectifs et construire ses solutions. (46)

Le praticien résume régulièrement les propos du patient pour vérifier qu'il les a bien compris et l'invite à lui signaler s'il se trompe. Il ne poursuit l'entretien qu'après accord de

celui-ci ou précisions si elles sont nécessaires. Cela est utile pour éviter de s'égarer et pour favoriser le maintien d'une position d'humilité.

L'empathie, introduite par Carl Rogers (68), signifie :

« ressentir le monde intime du patient comme s'il était le vôtre mais sans jamais oublier l'aspect *comme si*, et ressentir la colère, la peur et la confusion du client sans y rester coincé ». (46)

Elle nécessite, d'une part, que le thérapeute se mette à l'écoute du client et, d'autre part, qu'il lui retransmette ce qu'il croit avoir compris pour le vérifier. (15)

Carl Rogers (69) préconise l'usage fréquent des résumés, qui facilitent, dit-il, la compréhension du cadre de référence de l'autre et évite les interprétations hâtives dues à la charge émotionnelle des propos. (46)

Les reformulations fonctionnent sur le même principe mais sont plus courtes que les résumés. Elles permettent d'introduire de légères nuances dans les propos des patients, de les recadrer pour favoriser l'émergence d'exceptions ou de solutions inattendues. (62)

Respecter les silences des patients est nécessaire pour leur donner le temps de formuler des réponses aux questions difficiles que nous leur posons. L'orientation vers les solutions n'est pas spontanée pour des personnes envahies par les difficultés, et demande souvent du temps pour devenir envisageable. (46)

Langage non verbal

Erickson a développé l'art de la communication non verbale, de la synchronisation entre le thérapeute et le patient ou entre les deux intervenants de n'importe quelle conversation. Les éléments de cette technique sont basés sur l'observation de la respiration, du regard, de la voix, des gestes fins ou plus visibles (de la position de la main à l'attitude globale) du patient. (48) Elle repose sur le mimétisme. Dans un premier temps, le thérapeute s'accorde avec les postures du client, en accompagnant son rythme respiratoire, en calquant quelques éléments de son attitude. Il se crée ainsi une sorte de « danse » entre les deux intervenants, une communication corporelle où le thérapeute répond aux messages non verbaux de son client sur ce même mode. Cela permet de se sentir sur « la même longueur d'onde ». Dans un deuxième temps, très progressivement, le thérapeute accompagne le patient, en modifiant son attitude corporelle, vers plus de calme, de tranquillité, de confiance. (48)

L'attention portée au comportement du client pendant la consultation permet aussi de vérifier la congruence entre son discours et son attitude. Celui-ci révèle le degré d'adhésion à ses paroles et témoigne de la confiance qu'il accorde au thérapeute.

Pour que les messages du thérapeute soient intégrés par le client au niveau verbal mais aussi non verbal, il faut que ceux-ci soient congruents avec les canaux sensoriels électifs du patient. Chaque individu utilise en effet des entrées sensorielles plus facilement que d'autres. Certains se savent plus auditifs, d'autres plus visuels et d'autres encore plus kinesthésiques. (48)

Bandler et Grinder (12) ont étudié comment les mots employés par les gens ainsi que leurs attitudes sont le reflet de leurs modalités sensorielles préférentielles.

Au lieu d'employer le verbe « comprendre », qui n'a pas de lien particulier avec un sens précis, une personne pourra utiliser un autre verbe qui témoigne, lui, de son orientation neuro-sensorielle. Celle-ci peut être :

- visuelle → « je vois ce que vous voulez dire »,
- auditive → « j'entends votre message »,
- kinesthésique → « je saisis vos propos »,

pour ne citer en exemple que les trois canaux principaux, les plus fréquemment employés.

Pour des raisons pratiques, nous avons dissocié l'analyse du langage verbal de celle du non verbal. Nous rappelons pourtant, ici, qu'il est important d'utiliser un mode de communication « holistique », c'est-à-dire qui prend en compte les différents niveaux du message aussi bien que son contexte. (46) C'est l'ensemble de ces éléments qui définit le « langage du patient ». (101)

Sur ces bases, nous allons pouvoir définir la position du sujet.

3. RECONNAITRE LA POSITION DU PATIENT

La personne qui consulte un thérapeute bref, n'est pas considérée comme « un malade », conformément à l'éthique et à l'épistémologie inhérentes à cette approche. Ce sujet est appelé « client » pour signifier qu'il a une demande, que le thérapeute se doit de l'aider à la définir et à y répondre. (27)

Pour les consultants, le terme de « patient » désigne souvent la personne qui est considérée comme ayant le problème. Cela peut ne pas être l'individu qui consulte, mais quelqu'un de son entourage. (27)

Les attentes et attitudes des différents consultant sont loin d'être similaires et ont été regroupées en plusieurs catégories pour servir de modèle et faciliter le travail de construction de la relation thérapeutique.

« La position du client [définit son] attitude générale, son orientation (...) indiquant à la fois le sens et l'ampleur de sa relation au problème et à l'intervention thérapeutique. » (27)

nous disent Fisch, Weakland et Ségal dans *The Tactics of Change*. L'identifier permet au thérapeute d'obtenir des repères pour faciliter la coopération pour le traitement.

Une position de « client » : acheteurs et co-thérapeutes

Idéalement, une personne qui se définit elle-même comme un « client » répond à trois caractéristiques, toujours selon Fisch, Weakland et Ségal (27) :

- elle a lutté contre un problème important,
- elle n'a pas réussi à le résoudre par ses propres efforts,
- elle a besoin d'aide pour le dépasser.

Cette personne est vivement intéressée par la perspective d'un changement et le soulagement de sa plainte. Celle-ci peut la concerner elle-même, elle est alors aussi « patiente », ou peut intéresser quelqu'un de son entourage.

Marie-Christine Cabié et Luc Isebaert, dans leur ouvrage intitulé *Pour une thérapie brève*, distinguent parmi ces « clients » des « acheteurs » et des « co-thérapeutes ». (15)

Ceux qui ont une demande d'aide travaillable, c'est-à-dire qui parviennent à formuler un objectif satisfaisant, mais ne disposent pas des ressources ou des informations nécessaires au changement, sont des « acheteurs ». Ils sont prêts à accepter les messages et ce que le thérapeute va leur proposer de faire, pour faciliter l'accès à leurs ressources.

Les « co-thérapeutes », eux disposent de toutes ces ressources mais ont besoin d'une aide, souvent très ponctuelle, pour appliquer leurs propres stratégies.

Pour Insoo Kim Berg et Peter de Jong, dans une approche réellement solutionniste,

« l'acheteur » est un « client » qui « indique qu'il se considère lui-même comme une partie de la solution et qu'il désire faire quelque chose à propos de son problème ». (46)

Il consulte souvent de sa propre initiative, il a réfléchi à ce qu'il attend de la consultation et sait qu'il devra fournir un effort pour obtenir ce qu'il veut.

C'est bien sûr ce type de relation qui constitue l'objectif idéal de toute relation thérapeutique, même si elle ne se présente pas sous ce jour-là, au départ. (46)

Une position de « plaignant »

Insoo Kim Berg et Peter de Jong définissent le « plaignant » comme une personne avec laquelle le thérapeute peut « identifier une plainte ou un problème, mais [est] incapable d'identifier un rôle pour le client dans la construction de solution. » (46)

« Il existe une demande d'aide, mais celle-ci n'est pas travaillable ». (15) Aucun objectif satisfaisant ne peut être formulé. Les problèmes comme les solutions semblent venir ou dépendre des autres.

Une position de « touriste »

Certains patients sont particulièrement difficiles à faire participer au travail de la thérapie. Ils sont appelés des « touristes » ou des « visiteurs ». Trois cas sont possibles :

- ils ne sont pas réellement gênés par le problème,
- ils pensent disposer encore de solutions personnelles pour le régler,
- ils ne pensent pas que c'est un thérapeute qui puisse les aider.

Parfois, les individus, qui viennent en thérapie, sont plus difficiles à aborder simplement à cause du contexte de la demande. C'est, par exemple, le cas de l'adolescent qui vient en consultation à la demande de parents, du mari opposant qui est poussé par sa femme ou de toutes les personnes en obligation de soins. (15) Ils n'ont pas de demande d'aide. Eux vont bien, mais quelqu'un d'autre les oblige à venir.

Deux attitudes principales sont alors possibles :

- Renégocier le contrat en identifiant bien la plainte de l'entourage ou du juge qui contraint le patient. Chercher avec le consultant un objectif personnel, différent de celui qui lui est imposé et qu'il ne reconnaît pas comme valable pour lui. Par exemple : comment convaincre l'autorité judiciaire que le suivi thérapeutique n'est plus indispensable ?
- Travailler avec le « plaignant » : les parents d'un adolescent difficile, la femme d'un mari jaloux... D'un point de vue interactionnel, nous considérons que les problèmes sont souvent maintenus voire intensifiés par

les relations entre le « patient désigné » et son entourage. La personne la plus gênée par le problème, fait souvent des efforts pour le résoudre. C'est donc elle la plus « demandeuse ». Ce sont sur ses « tentatives de solutions » que le thérapeute peut travailler avec le « plaignant ». De Shazer reprend les conseils de l'école de Palo Alto qui recommande de travailler avec la personne la plus demandeuse de changement.

- **Exemple clinique**

Un jeune homme de 21 ans est accompagné par ses parents aux urgences puis hospitalisé dans une unité pour adolescents au printemps 2003. Ceux-ci ont une demande pressante de protection pour leur fils, assortie d'une lettre de leur médecin traitant, qui craint un passage à l'acte suicidaire. Ils précisent que Corentin a des conduites à risques de plus en plus fréquentes (promenades solitaires nocturnes, conduite en état d'ébriété, automutilations et intoxication médicamenteuse volontaire avec le traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant 15 jours auparavant.)

Il n'a pas d'antécédent particulier.

Le patient a arrêté brusquement ses études, avant les examens finaux de son BTS et est alors revenu vivre au domicile de ses parents. Il reste enfermé, la plupart du temps, dans sa chambre, ne mange quasiment jamais avec eux et ne leur parle plus. Les communications se font par écrit ou transitent, par une amie de Corentin, qui informe les parents.

Ceux-ci sont extrêmement inquiets pour l'avenir de leur enfant et demandent une aide en urgence. Ils sont manifestement épuisés et attendent une solution efficace et rapide pour que les choses rentrent dans l'ordre. Ils souhaitent, avant tout, que Corentin se réinscrive dans un projet professionnel. Ils appartiennent tous les deux à un niveau social élevé et ne conçoivent pas que leur fils ne soit pas intéressé par ses études. Ils ont quatre autres enfants qui n'ont pas de difficulté particulière.

Lors de l'entretien d'accueil, le lendemain de son admission, Corentin est ralenti et distant. Il répond de façon laconique pour dire que tout va bien de son côté et qu'il ne souhaite pas évoquer de choses particulières. Ses parents l'ont obligé à venir, comme ils ont exigé qu'il aille voir son médecin traitant.

Corentin est dans une position de visiteur.

Je commence donc à travailler avec lui la vision du problème en fonction des différentes personnes de son entourage. Corentin est assez intéressé par cette approche même si l'entretien reste laborieux.

Il identifie deux regards différents : celui de sa meilleure amie, sa confidente, et celui de ses parents.

Je lui pose la question miracle et l'invite à décrire sa journée sans problème de son point de vue ainsi que du point de vue de son entourage (ses parents et son amie). Je valide et valorise sa vision de la situation.

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à l'état le pire qu'il a connu et 10 au jour du miracle, il se situe à 5, tandis que ses parents le voient à 2 et son amie à 3.

Il identifie une exception, l'avant-veille, et c'est elle qui l'a fait passer de 3 à 5 sur l'échelle. Il me dit que son entourage ne s'est pas encore rendu compte qu'il allait mieux.

Il trouve quatre ressources qui peuvent l'aider aujourd'hui. En revanche, il n'identifie encore aucun rôle pour lui dans la construction de solutions. Tout ce qui se passe semble dû au hasard ou aux autres.

En fin d'entretien, il demande sa sortie. Il accepte de me revoir en consultation, car il se doute que ses parents vont l'y obliger.

Ses parents, contactés pour venir le chercher, soutenus par leur médecin de famille, refusent catégoriquement la sortie de leur fils et sont prêts à signer une hospitalisation à la demande d'un tiers et à placer leur fils dans une unité fermée.

Je suis déstabilisée par cette perspective. Je ne vois pas en quoi le changement d'unité pourra aider Corentin. J'ai l'impression que le contact avec moi est de qualité suffisante, malgré une certaine réserve, pour tenter de le convaincre de rester dans l'unité et de poursuivre les soins.

Pour cela, j'adopte une position proche de la sienne. Je lui dis que, personnellement, je n'ai pas de raison suffisante pour m'opposer à sa sortie et que je lui fais confiance quand il me dit qu'il viendra en consultation. Je mets en avant les intentions positives, de ses parents et de son médecin, qui se font manifestement du souci pour lui, quitte à le protéger contre son gré. J'adopte une position basse, profitant de ma place d'interne et avoue que je suis, comme lui, obligée de me soumettre à leur décision et que j'en suis désolée.

Corentin semble m'écouter avec intérêt et voir qu'il n'a pas vraiment le choix.

Il devient particulièrement souriant quand je l'amène à penser qu'un objectif pourrait être de l'aider à se débarrasser de l'obligation de suivi psychologique imposée par ses parents. Il accepte alors de poursuivre son hospitalisation pour une semaine, durée fixée par son père.

Il ne manifeste aucun problème de comportement dans l'unité, se montrant même parfois sympathique avec les infirmiers et les autres patients. Il semble s'être résigné à son sort.

Il accepte l'idée de me voir en consultation pendant 10 séances après l'hospitalisation toujours avec le même objectif.

Je lui explique que je pense utile de rencontrer ses parents, pour faire le point, quelques temps après l'hospitalisation, comme ce sont eux qui étaient demandeurs. Je souhaite savoir s'ils sont satisfaits de la prise en charge de leur fils. Il accepte de bon gré cette rencontre, mais préfère que je les vois seule.

Ceux-ci respectent leur décision et Corentin sort à la fin de la semaine. Lorsque je les rencontre, comme prévu après l'hospitalisation, ils sont rassurés et ont noté des améliorations dans le comportement de leur fils qui ne sort plus la nuit seul et a repris le dialogue avec eux. Ils apparaissent particulièrement attentifs et se posent la question de savoir ce qu'ils peuvent faire. Ils sont prêts à entreprendre quelques séances de psychothérapie de leur côté pour aider leur fils. Je les adresse à un confrère et continue à voir Corentin une fois par semaine.

Il arrive toujours à l'heure, manifestement motivé et de son plein gré. Rapidement un objectif travaillable se dessine autour de son rapport aux autres, de sa timidité. Les choses s'améliorent. Il me rappelle spontanément l'échelle d'évaluation que je lui avais proposée et m'informe qu'il est plus haut que lors de l'hospitalisation. Il travaille quelques jours pendant l'été avec son beau-frère à la réfection d'une ancienne maison. Je ne lui prescris un traitement antidépresseur que lorsqu'il me dit être capable de gérer les comprimés et de ne pas faire d'intoxication médicamenteuse (ce qu'il respectera.)

A la fin des dix séances, la thérapie est arrêtée comme convenu. Corentin a stoppé le traitement, après deux mois, ne souhaitant pas prendre des comprimés régulièrement. Il explique que ses parents sont contents depuis qu'il s'est inscrit à une formation dans le BTP. Il se situe à 7 / 10 sur l'échelle du progrès et se reconnaît comme acteur dans sa vie : « De toute façon, si ma vie est comme ça, c'est grâce à moi ! », dira-t-il en fin de dernière consultation.

Son médecin traitant, contacté au mois d'Avril 2004, dit que la situation s'est apaisée à la maison. Les parents ne sont plus demandeurs d'un suivi pour leur fils. Même s'il n'a pas repris de formation professionnelle, il continue à travailler avec son beau-frère dans le bâtiment et cette situation semble leur convenir.

Nous ne rentrons volontairement pas dans les détails de la prise en charge car notre objectif est juste de présenter comment une alliance thérapeutique de qualité peut se construire, avec un patient pourtant non demandeur. Il est clair, dans ce cas, que lorsque j'ai proposé à Corentin de l'aider à se débarrasser de l'obligation de suivi imposée par ses parents, il a changé d'attitude et s'est intéressé à la conversation. (80)

Ce jeune homme présentait un syndrome dépressif moyen, selon les critères du F32.10 de la CIM 10 (63). Les signes principaux retenus pour ce diagnostic étaient :

- « l'humeur dépressive »,
- « la diminution de l'intérêt et du plaisir »,
- « l'augmentation de la fatigabilité ».

associés aux symptômes secondaires ci-dessous :

- « la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi »,
- « l'attitude morose ou pessimiste face à l'avenir »,
- « les idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires »,
- « les idées de culpabilité ou de dévalorisation »,
- « l'absence de plainte somatique ». (63)

Le désintérêt et l'inhibition, caractérisant le syndrome dépressif, expliquent probablement la « position de visiteur » et l'absence de demande d'aide de ce jeune homme.

B. Passer du langage des problèmes au langage des solutions : techniques principales

De Shazer décrit trois axes à la conversation thérapeutique centrée sur les solutions :

- la construction d'objectifs et d'exceptions en lien avec les changements désirés par les clients,
- l'imagination et la description de nouvelles vies pour les patients,
- la confirmation que le changement se produit bien, que sa nouvelle vie a commencé. (80)

1. SAVOIR OU L'ON VA : TRAVAIL AVEC UN OBJECTIF

L'objectif du thérapeute

En thérapie brève, nous cherchons à introduire des changements uniquement dans les aspects de la vie du patient que celui-ci considère comme problématiques. Aussi contestable que puisse apparaître, aux yeux du thérapeute, certains autres éléments ou conditions de vie du client, seulement ceux qui ne sont pas satisfaisants, pour celui-ci, seront modifiés, si cela est possible. En effet, c'est le point de vue du client qui compte et non pas le modèle appartenant au système de valeurs du thérapeute.

Cette démarche est particulièrement difficile et nécessite un effort permanent pour ne pas penser, répondre ou proposer des solutions, à la place du client. Il faut abandonner nos systèmes de références, si pratiques pour poser des diagnostics, prescrire des traitements ou définir une marche à suivre et s'ouvrir à la compréhension de la vision du monde particulière de cette personne là, pour s'adapter à elle et non l'inverse ! (27)

« L'objectif de la thérapie est de faire sortir le client de la thérapie et de l'amener à vivre sa vie activement et de façon productive » (20),

dit Yvonne Dolan. Pour cela, le thérapeute cherche à obtenir *La fin de la plainte* (72) pour reprendre le titre du livre de François Roustang. La fin de la plainte donc, mais selon les critères du patient... Seul le patient peut évaluer son niveau de satisfaction par rapport au traitement, passer de sa position de plaignant à celle de non plaignant. (27)

Garder à l'esprit l'objectif de la thérapie, se poser souvent la question de la nature de celui-ci et le réévaluer régulièrement avec le patient, permet de rester sur un chemin balisé et d'éviter les méandres qui nous perdraient dans un suivi interminable, sans que ni thérapeute ni patient ne connaissent plus le but des séances. Une fois qu'elle ne se plaint plus, la personne n'a pas de raison de continuer à voir un thérapeute. Si, plus tard, un nouveau sujet de récrimination apparaît, une autre thérapie pourra être entreprise, si celle-ci le souhaite. Un nouvel objectif sera alors négocié.

L'objectif de la thérapie

Déterminer l'objectif du traitement est un moment clé, indispensable à son bon déroulement. Comme le problème ou la solution, l'objectif est construit entre le patient et le thérapeute, et est garant de la réussite du travail.

Insoo Kim Berg et Peter de Jong, définissent un « objectif bien construit » (46) selon neuf critères :

- L'objectif est celui du client.

Ce qu'il veut, ce qui est important pour lui ou son entourage et non pas ce que souhaite le thérapeute, comme nous venons de le voir.

- L'objectif se décrit en terme d'interaction.

Comme les problèmes ou les solutions, les objectifs sont envisagés d'un point de vue relationnel. Les personnes qui comptent, dans l'entourage des patients, sont identifiées. Les clients sont interrogés sur ce qui sera différent dans leur relation avec ces personnes quand leur objectif sera atteint, mais aussi sur la manière dont elle s'apercevront que l'objectif est atteint.

- L'objectif est lié à une situation.

Les patients ont tendance à généraliser leurs difficultés, dans le temps, aussi bien que dans l'espace. Le thérapeute est là pour leur faire préciser certains moments et certaines situations particulières et sortir de cet amalgame.

- L'objectif consiste en la présence d'un comportement souhaitable plutôt qu'en l'absence d'un problème.

De Shazer insiste sur le fait que les clients sont « pragmatiques » lorsqu'ils viennent en thérapie. Ils attendent des résultats concrets, pratiques. « Ils vivent dans la douleur et veulent s'en débarrasser. » (80) Ils veulent arrêter de boire, ne plus être déprimé, par exemple. Mais l'absence de quelque chose (ce qu'ils décrivent lorsqu'ils parlent ainsi) ne peut s'imaginer qu'en référence à leur problème, qui leur est, alors, sans cesse rappelé en mémoire. « Et ceci ne mène-t-il pas, inévitablement à la rechute ? », questionne-t-il. Il propose, à la place de l'absence de quelque chose, de décrire « la présence de quelque chose de différent ». (80)

Cette conception est à la base des thérapies orientée sur les solutions. Le thérapeute et le patient ne parlent plus de ce qui ne doit plus être là. Ils construisent, ensemble ce que le patient souhaite voir de concret et de positif dans sa vie.

- L'objectif est une étape initiale, plutôt qu'un résultat final.

Fréquemment, lorsque nous questionnons les patients sur ce qu'ils souhaitent, « ils décrivent la ligne d'arrivée plutôt que les premiers signes de quelque chose de différent. » (46) Nous devons les amener à la première étape, au plus petit changement. C'est comme s'ils souhaitaient apprendre à monter un escalier en voulant monter 50 marches du premier

coup... Apprenons leur plutôt à en monter une, de préférence pas trop haute et suffisamment large, ils se débrouilleront très bien tous seuls pour monter les autres ! (15)

- Le client est amené à reconnaître son propre rôle dans la construction de solution.

Ceci le responsabilise en lui permettant de sortir de la passivité et en l'invitant à initier des changements.

- L'objectif est décrit en termes concrets, mesurables, et comportementaux.

Lorsque le client expose ce qu'il souhaite, il évoque souvent des sentiments ou des émotions : être plus gai, plus tendre avec son conjoint... Le thérapeute pose alors le genre de questions suivantes : « A quoi saurez-vous que vous êtes plus gai ? Que ferez-vous de différent quand vous serez plus gai ? » et cherche le maximum de détails : où, quand, comment, avec qui... Il questionne aussi sur les perceptions de l'entourage et choisit toujours la situation qui sera la plus facile à réaliser pour le patient.

- L'objectif est réaliste.

Il est adapté aux capacités des clients et au contexte dans lequel il vit. Une façon simple de construire un objectif réaliste est de demander : « Est-ce que c'est quelque chose qui pourrait arriver ? Comment savez-vous que vous pourriez faire ça ? Y a-t-il eu des moments où vous avez été capable de faire au moins certaines de ces actions ? » (46)

- L'objectif est un défi pour le client.

Si un patient ou sa famille souffre depuis longtemps d'une situation, il n'acceptera jamais une solution facile à un problème si ancien et douloureux sans perdre la face. (15) Une bonne façon, de motiver les clients, de stimuler leur respect d'eux-mêmes et leur sens de la dignité, est de sous-entendre que leurs problèmes vont demander de gros efforts pour être résolus. Cela les rassure, par rapport à leur échec, quant à la résolution du problème sans l'aide d'un thérapeute et les invite à être acteurs dans leur prise en charge, à travailler dur. (46)

De bons moyens de définir un objectif est de demander :

- « A quoi saurez-vous que vous n'avez plus besoin de venir me voir ? », (46)
- « Qu'est-ce qui, selon vous, doit se produire, qui vous permettra de dire que le temps que nous avons passé ensemble vous a été utile ? » (46)
- d'utiliser la question miracle. (82)

2. LA QUESTION MIRACLE

Origine de la méthode

Insoo Kim Berg raconte comment cette technique a été élaborée, à partir de l'observation d'une de ses patientes. Celle-ci lui a spontanément expliqué, un peu désespérée face à tous ses problèmes, que seul un miracle pourrait l'aider. Fidèle à sa pratique, cette thérapeute a repris l'expression de sa patiente et lui a proposé de faire « comme si » un miracle se produisait et que tous ses problèmes étaient résolus. Loin de décrire des améliorations idylliques et irréalisables, la cliente a dressé un tableau plutôt bien structuré et réaliste des possibilités de changements dans sa vie familiale, pour elle-même et pour son entourage. (46)

Intéressée par cette séance un peu particulière, et encouragée par son effet positif sur la patiente, l'équipe du B.F.T.C. a choisi de développer et de structurer cette question bizarre.

Technique

La question miracle est une très bonne façon d'engager un client à imaginer sa nouvelle vie en lui demandant tout simplement de décrire sa journée comme si un miracle avait eu lieu dans la nuit et que tous ses problèmes avaient disparu.

Le texte exact de cette question, mis au point par Steve de Shazer et l'équipe du B.F.T.C., est le suivant :

« J'ai une question étrange, peut-être bizarre pour vous, une question qui demande de l'imagination...

Imaginez... Après que nous ayons fini la consultation, vous rentrez chez vous, ce soir, regardez la télé, faites des choses habituelles... et vous allez au lit et vous vous endormez...

Et pendant que vous dormez, un miracle se produit...

Le contexte de ce miracle est la vie normale, de tous les jours, du client.

Et, les problèmes qui vous ont amenés ici, sont résolus, juste comme ça... Et, ceci s'est passé pendant que vous dormiez, donc vous ne savez pas que cela a eu lieu... Soudain, vous vous réveillez le matin...

Comment vous rendrez-vous compte, en vous réveillant, qu'un miracle s'est produit ? » (82)

Après la première réponse du client, le thérapeute cherche d'autres précisions en demandant simplement :

« Quoi d'autre ? » (82)

Lorsqu'il apparaît que le patient n'a plus rien à dire, la même question lui est posée pour son entourage :

« Qui, dans votre entourage, remarque que le miracle s'est produit ? »

« Comment se rend-il compte que le miracle a eu lieu ? » (82)

L'emploi de cette technique est favorisé par l'utilisation d'un ton hypnotique, calme et lent, associé à la répétition fréquente des mêmes structures de phrase. Chaque fois que le patient retombe dans la description des problèmes, le thérapeute le réoriente vers le futur et le tableau du miracle. (46)

Cette question est difficile pour le client. Elle nécessite un effort d'imagination et de changement de sa part. Celui-ci a généralement besoin de temps avant de formuler ses réponses. Il est important de respecter ses silences et de l'encourager s'il exprime des réticences, en se gardant de parler à sa place et en lui laissant le temps de formuler sa réponse.

Intérêts

Les avantages de la question miracle sont nombreux.

L'intérêt principal est d'orienter vers le futur l'attention des clients, les détournant ainsi de leurs « pensées saturées par le problème pour se centrer sur les solutions ». (46) Bien souvent, les personnes en difficulté, sont focalisées sur les obstacles et les insatisfactions de leur vie. Elles sont obnubilées et incapables d'entrevoir autre chose que le sujet de leur plainte. La technique de la question miracle amène, dans le champ de pensée de la personne, l'image d'un futur où le problème n'existe plus.

Elle leur permet, dans un premier temps, de décrire et de s'imprégner de cette représentation, sous différents points de vue -le leur mais aussi celui de leur entourage ou de toute personne étrangère-. C'est l'anticipation des interactions, des dialogues entre le client et son entourage qui met en mouvement le film du futur.

Dans un deuxième temps, l'accompagnement thérapeutique s'organise autour des étapes nécessaires sur le chemin du miracle.

Par le recours imaginaire au miracle, le patient accède à un choix illimité d'éventualités de changement. Cette méthode ouvre, à l'infini, le champ du possible pour le sujet. Cette invitation à voir les choses « en grand », facilite la défocalisation du patient des problèmes actuels. La tâche du thérapeute est de l'accompagner ensuite vers des changements réalistes et réalisables, adaptés à sa situation et à ses potentialités. (46)

La particularité de la question miracle permet de trouver les solutions au problème sans avoir besoin d'« imaginer le processus de suppression du problème ». (80) Elle fait uniquement appel au résultat de la résolution des difficultés. Elle oblige le patient à faire référence à ses expériences passées de « non-problème », selon l'expression de Steve de Shazer, (80) qui sont des moments ressources et créateurs de solutions pour le sujet. Bien sûr l'objectif n'est pas que le miracle se réalise, mais d'aider le client à formuler ce qu'il attend de la thérapie et, implicitement, de lui attribuer la réalisation du miracle. (81)

La construction de la solution est séparée du processus de développement du problème ou de la plainte. Les liens de cause à effet sont réduits et la discussion sur « la véritable nature du problème » est écartée. L'expérience de Steve de Shazer, s'appuyant sur les théories constructivistes, montre « qu'en aucune façon, le développement d'une solution n'est nécessairement lié aux problèmes ou difficultés du client ». (79) Un miracle a l'avantage d'être considéré comme un effet sans cause et de symboliser cette absence de lien, entre problème et solution, souhaitée par le thérapeute.

De Shazer ajoute qu'« on ne sait jamais quel problème on résout quand on développe une solution » (80) Et ce qui importe ici est bien cette solution. Une fois présente et établie, elle laisse souvent les clients indifférents à la nature précise du problème passé.

3. LES EXCEPTIONS

En thérapie orientée sur les solutions, ce sont ces moments particuliers du passé du sujet, où les problèmes sont absents, qui attirent toute l'attention du thérapeute (et non pas la longue liste des moments difficiles que dressent spontanément les clients).

Les expériences passées de la vie du sujet où le symptôme est moins présent voire, complètement absent, sont appelées par Steve de Shazer des « exceptions ». (79) La découverte des exceptions permet de nuancer les généralisations et les « absolutisations » des patients. (15)

« Le jeu de langage centré sur les solutions met les exceptions au premier plan et élargit le champ en incluant ce qui est [spontanément] exclu ». (80)

Ce jeu de langage ouvre des possibilités de réalités alternatives, là où les conversations habituelles tendent à généraliser les problèmes et à cristalliser les pathologies. En s'intéressant aux exceptions de la vie des sujets, nous nous intéressons à l'autre et à ses capacités personnelles. Nous l'aidons à prendre un rôle actif dans la thérapie.

Les personnes envahies par les problèmes ont tendance à ne voir que les côtés négatifs de leur situation et ont l'habitude de décrire leurs problèmes comme survenant à chaque instant. Le thérapeute, grâce à des questions sur les exceptions, peut leur montrer qu'il existe des moments où les difficultés, même si elles paraissent totalement incontrôlables, sont absentes ou moins envahissantes. (15) Les questions sur les exceptions permettent au patient de se construire des points forts et de prendre conscience de ses ressources et de ses capacités. (46) Elles amènent le client à décrire les exceptions selon trois niveaux : cognitif, émotionnel et sensitif. Cela lui permet d'entrer en contact avec ses ressources au fur et à mesure qu'il les décrit. Il en fait l'expérience intellectuelle, émotionnelle et corporelle.

Une fois qu'une exception est identifiée, il faut chercher en quoi celle-ci est différente du « moment problème » en répondant aux questions suivantes : « qui » fait « quoi, comment, quand et où ? ». (46) Nous demandons par exemple :

- « Qu'est-ce qui est différent dans les moments où... (votre problème n'est pas présent) ? »
- « Comment avez-vous fait pour que cela se produise ? »
- « De quelle manière votre journée est-elle différente quand... ? »
- « Qui est présent... ? »
- « Qui fait quelque chose de différent... ? »
- « Que dit votre entourage... ? »

Les réponses à ces questions permettront d'identifier plusieurs sortes d'exceptions en fonction de :

- Leur intensité :

Les exceptions totales où le symptôme a entièrement disparu.

Les exceptions partielles qui correspondent à toutes les modalités de variation de l'intensité du problème. (15)

- Leur mode d'apparition :

Les exceptions « aléatoires » (79) qui surviennent sans raison identifiable et sont reconnues par le patient comme spontanées ou dues au hasard. Celui-ci ne les explique pas et ne sait pas comment il pourrait les susciter. (15) (46)

Les exceptions liées au contexte qui ne surviennent que dans des situations précises, plus ou moins fréquentes, dans la vie du sujet. (15)

Les exceptions « délibérées » (79), provoquées par les clients qui connaissent déjà des solutions efficaces à leur problème et sont capables de les appliquer.

Les exceptions possèdent les capacités d'amener le thérapeute et son patient vers la solution, en explorant ce qui a déjà été fait dans le passé et qui marche. Ceci est particulièrement vrai pour les exceptions délibérées dans lesquelles le client reconnaît son rôle. (15)

O'Hanlon et Weiner-Davis, dans *L'orientation vers les solutions* (62) préconisent de rechercher un « problème similaire », dans le passé, qui a été résolu et d'examiner les « vieilles solutions » utilisées par le patient pour les leur rappeler à l'esprit et leur permettre de les appliquer à nouveau. Si le problème réapparaît, disent-ils, ce n'est pas tant que la solution n'est plus efficace, comme le pensent souvent les gens, c'est plutôt que ceux-ci oublient de l'utiliser.

Définir l'objectif, poser la question miracle et rechercher des exceptions sont les trois étapes fondamentales de la construction de solution. Des outils supplémentaires viennent les compléter.

C. Autres outils thérapeutiques

1. LES QUESTIONS A ECHELLE

L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie

Les échelles d'évaluations, utilisées au cours des interventions en thérapie brève, sont très différentes de celles qui servent en psychiatrie générale pour déterminer, par exemple, l'intensité des symptômes d'un patient. Nous citerons en exemple la MADRS, « Echelle de Dépression de Montgomery et Asberg » (37) que nous utilisons dans le cas clinique exposé dans la troisième partie de notre travail. (cf. p 136) Cette échelle se propose de coter les différents degrés de sévérité de la dépression en proposant un indice global. Elle privilégie les items psychiques sur les items somatiques (comparativement à l'échelle de Hamilton). Elle été construite pour être sensible au changement même si nous pouvons lui reprocher de n'être pas vraiment plus significative qu'une autre échelle. Il faut également noter qu'il lui manque la cotation de l'anxiété et du ralentissement psychomoteur. (37) Le cotateur doit remplir des choix multiples prédéfinis, classés par thèmes, qui correspondent aux symptômes retenus de la dépression. Celui-ci doit donc diriger son entretien, à la recherche des réponses aux questions de l'échelle.

« Il mesure l'importance de la pathologie : plus le patient marque de points plus il est déprimé. Le bon résultat du traitement est marqué par une diminution du score. » (15)

Les résultats de ces échelles sont comparatifs : tel patient est plus ou moins déprimé que tel autre ou qu'à tel moment de son existence. Ils cherchent à objectiver un état, à un instant donné, une sorte de photographie du patient prise, du point de vue du psychiatre.

Les questions à échelles, dont il est question ici, ont une vocation tout autre.

Définition, intérêts et buts des questions à échelles en thérapies brèves

Les clients et les thérapeutes ont l'habitude de parler en termes généraux et flous. Ils s'expriment en termes abstraits sur des sujets divers et bien souvent il leur est difficile de savoir mutuellement de quoi ils parlent exactement. John Weakland fait remarquer à propos du travail de Steve de Shazer :

« Quand quelque chose n'est pas concret, vous le concrétisez (...). Vous inventez l'une de ces échelles d'évaluation. Grâce à une telle échelle, on peut considérer n'importe quelle chose floue et informe et la réduire à un nombre. Voilà alors la chose qui devient réelle et concrète. »².

Même si Weakland précise qu'« en toute logique, c'est une tâche impossible » et qu'« à distance, [cela] a l'air vraiment très étrange », il ajoute plus loin que : « on le fait, et voilà que ça devient réel ». Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur l'utilisation des chiffres. Ils construisent ensemble « un pont, une méthode pour parler des choses difficiles à décrire ». (81) Le plus souvent, « 0 » est utilisé comme point de départ ou l'état le pire et « 10 » comme la solution, le but à atteindre. Pour reprendre l'expression de Wittgenstein³, (104) cité par Steve de Shazer,

« la signification d'un chiffre est son usage et en particulier son usage par rapport aux autres chiffres de l'échelle. (...) Les échelles d'évaluation nous donnent un moyen créatif de traiter l'incompréhension mutuelle en utilisant les nombres comme moyen de décrire l'indescriptible. » (81)

Elles servent à objectiver ce que ressent le patient. Nous allons, non seulement, concrétiser des concepts abstraits, mais nous allons aussi introduire de la nuance dans les propos des clients. Les choses ne seront plus toutes noires ou toutes blanches, entièrement bonnes ou mauvaises. Nous allons baliser le chemin, en déterminant des étapes, réaliser une sorte de film du changement.

² Weakland J. H., *Communication personnelle*, 1993

³ Wittgenstein L., traduction anglaise, 1958, « *Philosophical Investigations* » (104)

Ces échelles ont pour effet de motiver les clients, de les encourager à avancer, lorsqu'ils prennent conscience qu'ils ont déjà fait une partie des progrès. Le thérapeute peut montrer avec ses mains la longueur de l'échelle ou la dessiner sur un tableau pour favoriser sa visualisation par le client.

Le chiffre en lui-même ne possède bien évidemment aucune valeur qui soit transmissible ou reproductible d'un patient à l'autre. Il n'a pour signification que celle que lui accorde le client -dont le point de vue est ainsi privilégié- et ne s'entend que par rapport aux autres cotations de la même échelle. Ainsi « 4 » est mieux que « 3 » mais moins bien que « 5 ». Les chiffres contiennent un double sens intrinsèque. Sur une échelle de motivation, où « 0 » veut dire que le client « n'a pas la moindre envie de faire quoi que ce soit pour atteindre l'objectif » et « 10 » qu'il est « prêt à tout faire pour y parvenir », « 7 » signifie que il est prêt à 70% à effectuer la tâche tandis que la partie non motivée est réduite à 30%. (81)

Les échelles ne sont pas limitées et la créativité des patients, comme celle des thérapeutes, peut les allonger dans un sens ou dans l'autre pour décrire des situations qui surviennent au cours de la thérapie voire même après celle-ci.

Différentes sortes d'échelles

La liste des échelles n'est pas exhaustive et chacun reste libre d'en inventer de nouvelles pour servir dans un contexte donné. Nous pouvons

« les utiliser pour accéder aux opinions des clients sur presque n'importe quoi, notamment l'estime de soi, le changement précédant la séance, la confiance en soi, la volonté de travailler dur pour provoquer les changements désirés, la priorité dans les problèmes à résoudre, l'espoir de guérison... » (46)

soulignent Insoo Kim Berg et Peter de Jong.

- **Echelles du progrès**

Après la description du miracle, nous pouvons enchaîner avec des échelles sur les progrès, du point de vue des patients et de celui de leur entourage :

« Sur une échelle de 0 à 10, où 10 représente comment les choses se passent le jour du miracle et 0 étant le moment où vous m'avez appelé pour prendre ce rendez-vous, où, entre 0 et 10, êtes-vous en ce moment ?

Sur la même échelle, où pensez-vous que votre entourage vous dirait que vous êtes ? » (82)

- **Le changement précédant la séance**

L'échelle du « changement avant la séance » permet de construire des améliorations avant même le début de la thérapie...

« 0 » peut correspondre au moment où ils ont décidé de téléphoner pour prendre un rendez-vous ou à leur passage aux urgences tandis que « 10 » est le moment où ils sauront qu'ils n'auront plus besoin de venir nous voir. Nous leur demandons où ils se situent sur cette échelle lors de la première séance. Souvent leur réponse est meilleure que « 0 ».⁴

Thérapeutes et clients se rendent ainsi compte que les changements ont déjà commencé avant la première séance, parfois dès la prise du rendez vous.

Plutôt que de détailler ici toutes sortes d'échelles, sorties de leur contexte, nous préférons laisser le lecteur les découvrir, dans des exemples cliniques. Nous en donnons un premier aperçu dans le bref exposé ci-après et nous en présenterons d'autres dans la suite de notre travail. [cf. p129, p149, p160 et p165.]

- **Ex clinique : Aurélie**

Aurélie est une jeune patiente de 21 ans, en première année de BTS esthétique.

Elle présente une aggravation récente de conduites à risque avec mise en danger de soi par automédication, chute dans les escaliers devant ses amis lors d'un déménagement et surtout un accident de voiture plus ou moins provoqué quelques jours avant l'hospitalisation (elle a fermé les yeux alors qu'elle était seule au volant de sa voiture)... Elle se dit angoissée par la solitude et considère ces passages à l'acte comme un moyen d'attirer le regard des autres sur elle. Elle est adressée par son médecin traitant qui s'inquiète de la gravité des gestes auto-agressifs.

Voici, à travers un court exemple, extrait de deux entretiens médicaux, une façon d'utiliser les échelles pour concrétiser les propos des patients et baliser le chemin de la thérapie.

Premier entretien, lors de l'entrée à l'hôpital

L'utilisation d'une échelle va concrétiser l'impression de la patiente que deux parties s'affrontent en elle et lui permettre de prendre conscience que :

- son côté « qui veut vivre » est en train de prendre le dessus...

- des changements ont déjà eu lieu avant l'hospitalisation

Après quelques minutes d'entretien où la patiente évoque ses conduites à risque...

1 **P** : - J'ai deux parties en moi : une moitié qui me pousse à me détruire et une autre qui veut vivre.

⁴ Weiner-Davis, de Shazer & Gingerich, « Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study ». *Journal of marital and family therapy*, 1987

J'utilise cette phrase pour :

*- proposer une échelle qui permette d'évaluer où Aurélie se situe aujourd'hui et les progrès qu'elle a déjà pu faire,
- effectuer un recadrage en reformulant ses propos et en introduisant une petite différence...*

2 **T** : - Oui... Sauriez-vous me donner, en pourcentage, la part qui revient à chacune des deux parties que vous évoquez... celle qui veut vivre et celle qui, **parfois, vous met en danger** ?

3 **P** : - ... 65% qui veut vivre, et 35% qui me met en danger.

Elle parle de la partie « négative » comme si elle était étrangère à elle-même, ce qui suggère qu'il sera peut-être plus facile de s'en détacher.

4 **T** : - 65%... c'est plus que 50.

5 **P** : - Oui, je ne veux pas mourir ou être handicapée ou quoi...

Je recherche alors une amélioration antérieure à l'hospitalisation... « un changement préalable au traitement »

6 **T** : - Et sur cette même échelle, au moment où vous avez eu votre accident de voiture, vous étiez à combien ?

7 **P** : - à 25% pour la vie... 25% seulement. Là, ça m'a fait un « déclic ». J'ai pris conscience, enfermée dans ma voiture, que c'était dangereux... alors... j'ai accepté les conseils de mon médecin traitant pour me faire hospitaliser.

8 **T** : - Alors vous êtes passée seule de 25 à 65, avant l'hospitalisation.

9 **P** : - Oui, c'est vrai ça... Ça va déjà beaucoup mieux.

Deuxième entretien, deux jours après :

Reprise de l'échelle puis utilisation d'une métaphore et de l'hypnose pour développer des ressources personnelles

1 **P** : - Je vais mieux. Je relativise les choses. Comme si ce n'était pas une fatalité mais la vie normale, avec des hauts et des bas... Ce n'est pas une catastrophe.

*L'amélioration se confirme
Compliments et exploration des solutions*

2 **T** : - Bravo ! C'est une bonne nouvelle... Et comment avez-vous réussi à voir les choses de façon positive ?

- 3 **P** : - Toute seule, dans ma chambre, ici, en faisant des puzzles ou en écrivant sur moi... ça y est, maintenant, j'arrive à écrire sur moi et plus seulement sur les autres.
- 4 **T** : - Oui...
- 5 **P** : - Comme si j'étais bien avec moi-même, si j'étais capable d'être seule

Reprise de l'échelle

- 6 **T** : - Et alors ces deux parties qu'il y avait en vous, elles...
- 7 **P** : - La partie qui voulait me détruire ? (*sourire*)
- 8 **T** : - Oui, elle est à combien ?
- 9 **P** : - Je dirais... très minime...
- 10 **T** : - et en chiffre ?
- 11 **P** : - (*sourire*) ... ben 0%... oui... 0%. Je pense que je ne referai plus ça. Je ferai autre chose.
- 12 **T** : - Quoi d'autre alors ?
- 13 **P** : - Pas des puzzles, mais écrire...
- 14 **T** : - Ecrire, d'accord, et quoi d'autre ?

J'aurais pu lui demander des précisions sur sa proposition d'écrire, avant de passer à une autre solution. Ainsi, cette activité se serait concrétisée dans son esprit, au fur et à mesure où elle m'en aurait parlé.

J'aurais pu demander par exemple : « écrire quoi ? » et continuer à développer des détails à partir de sa réponse...

Je suis passée trop vite à une deuxième solution sans lui laisser le temps d'expérimenter intérieurement la première.

- 15 **P** : - ...

Je décide d'utiliser une métaphore pour amplifier le nombre de solutions

- 16 **T** : - Dans la vie, c'est utile d'avoir plusieurs cordes à son arc, si l'on veut atteindre sa cible.
- 17 **P** : - Et bien hier, en groupe de parole, je me suis rendue compte à quel point c'est important d'avoir confiance en soi... et cette corde là, elle n'est pas très tendue.

Induction d'une transe légère avec évocation d'un souvenir de confiance en soi...

- 18 **T** : - ... Et vous vous souvenez... d'un moment... où vous avez eu confiance en vous... un souvenir... agréable... où vous avez ressenti du bien-être dans votre corps... du confort...

- 19 **P** : - Oui... quand je fais du cheval... (*signe physique de transe... détente corporelle, fixité du regard, immobilité*)
- 20 **T** : - Qu'est-ce qui se passe ?
- 21 **P** : - Je tiens les rennes, je me sens capable... je dirige mon cheval... j'aime les animaux.
- 22 **T** : - Et en ce moment... tout en étant là... assise dans ce fauteuil... vous pouvez ressentir dans votre corps... cette confiance en vous... quand vous faites du cheval...
- 23 **P** : - Oui...
- 24 **T** : - Vous profitez... de ce moment agréable... cette confiance... tout en étant assise ici... tranquille... ... Vous savez désormais... quand vous en aurez besoin... repenser à ce moment... où vous faites du cheval... tenir les rennes... à cette confiance en vous... tout simplement...
- 25 **P** : - Tiens, (*elle sort spontanément de la transe*) ça je n'y avais jamais pensé, c'est une bonne idée, ça me fait une deuxième corde.

2. LES FEED-BACK

Les feed-back⁵ sont des messages de fin de séance, délivrés par les thérapeutes à leurs clients. Au B.F.T.C., les entretiens ont lieu en présence des autres membres de l'équipe, installés derrière une vitre sans tain. Après l'entretien, l'intervenant fait une pause pendant laquelle il demande au patient de réfléchir à tout ce qui vient d'être dit, tandis que lui-même va rejoindre ses collègues dans l'autre pièce pour discuter de la séance et avoir leurs conseils sur la meilleure chose à faire. Après cette pause, il revient pour donner le feed-back au client. (46)

La structure des feed-back pour les clients a été mise au point par Steve de Shazer et son équipe et publié dans *Family Process* en 1986. (83) Le but de cette structure est de renforcer l'alliance thérapeutique en montrant aux clients qu'ils ont été soigneusement écoutés. Ils expriment l'accord du thérapeute avec leur point de vue sur la situation, tant sur leurs problèmes, sur les changements qu'ils désirent voir survenir, que sur les étapes nécessaires vers ceux-ci. Ils font partie des éléments de la séance qui confirment au patient que des changements sont déjà en cours.

Les feed-back se composent de trois éléments : les compliments, le pont et la tâche.

⁵ Le terme de feed-back est ici employé dans un sens différent de celui du chapitre I à propos de la causalité circulaire. Il désigne la partie de l'entretien qui a lieu après coup, où le thérapeute délivre un message au client. Il s'agit d'une sorte de synthèse ou de reprise de ce qui c'est passé pendant la séance.

Les compliments et le pont :

Les compliments portent sur des sujets de satisfaction du client, ses succès, ses points forts, ses ressources et ce qui est important pour lui. Les compliments doivent être choisis par le thérapeute, avec sincérité et respect. Ils reconnaissent la valeur et les qualités du client. Ils mettent l'accent sur les ressources et les exceptions.

Le pont est une transition entre les compliments et la tâche thérapeutique. Il sert à relier ces deux parties du feed-back. Le pont s'appuie sur les forces, les perceptions et les exceptions du client pour cibler l'objectif. Certains mots précis ou expressions du patient peuvent être utilisés pour formuler cette partie du feed-back.

La tâche thérapeutique :

L'objectif des tâches thérapeutiques solutionnistes est d'activer les ressources des patients. Ce sont des expériences, soit d'observation, soit de comportement. Elles sont proposées en rapport avec l'objectif thérapeutique qui vient d'être précisé au patient.

Le thérapeute peut demander au client d'être particulièrement attentif à un aspect particulier de sa vie jugé utile à la construction d'une solution. La « tâche-formule de la première séance » (62) met l'accent sur tout ce qui se passe dans la vie de la personne et que celle-ci ne veut pas changer.

Elle a été proposée par Steve de Shazer dans *Keys to Solution in Brief Therapy* (79). O'Hanlon, dans *In Search of Solutions* (62) la retranscrit comme suit :

« Entre maintenant et la prochaine fois que nous nous rencontrons, je voudrais que vous observiez, afin de pouvoir me le décrire, ce qui se produit dans votre vie que vous voulez continuer à voir se produire. » (62)

Une autre tâche d'observation peut-être, par exemple, formulée comme suit :

« Entre maintenant et notre prochaine rencontre, soyez attentif à ce qui se passe dans votre vie qui vous dit que ce problème peut être résolu. » (46)

Cette tâche, utilisée dès le début de la construction de l'approche centrée sur les solutions par de Shazer, (79) invite le client à porter un regard nouveau sur sa vie et à y chercher des indices de résolution de son problème plutôt que les aspects négatifs et envahissants de celui-ci. Elle met en place, progressivement, l'idée de l'existence d'une solution.

Les tâches de comportement, elles, demandent au client de faire réellement quelque chose qui sera utile, selon l'avis du praticien, à la construction de la solution.

Par exemple, en citant toujours *Keys to Solution in Brief Therapy* (79) de Steve de Shazer, il peut formuler sa prescription comme cela :

« Je suggère que, entre maintenant et notre prochain rendez-vous, quand le problème se présentera, vous fassiez quelque chose de différent –peu importe que ce que vous faites puisse paraître étrange, bizarre, à côté de la plaque. La seule chose importante est que quelque que soit ce que vous décidez de faire, vous devez faire quelque chose de différent. » (46)

Cette tâche est extrêmement permissive. Elle incite le patient, prisonnier de la répétition de ses tentatives infructueuses pour résoudre son problème, à retrouver sa spontanéité. Elle autorise toutes sortes de solutions, même un peu bizarres, pour relancer le processus de créativité de la personne. Elle laisse libre cours à son imagination en se gardant de suggérer une solution à la place de celle du client. Elle comporte, comme beaucoup d'autres tâches, le message implicite : « Faites quelque chose pour améliorer les choses ». (80)

Les tâches peuvent être définies par la nature des exceptions. Si celles-ci sont délibérées, la tâche peut consister à demander au patient « de continuer à faire ce qui marche » puis de l'étendre à d'autres domaines. Si les exceptions sont liées à la situation, le thérapeute peut explorer comment les contextes favorables aux exceptions pourraient devenir plus fréquents dans la vie du sujet. Enfin dans les exceptions aléatoires, la tâche consiste par exemple à observer, sur un temps donné, les moments où les exceptions sont présentes et à recueillir le maximum de détails sur ces situations. Le patient peut aussi être invité à prédire, la veille au soir, si le lendemain sera un jour avec ou sans exception et à réfléchir ensuite sur les facteurs qui font qu'il a eu raison ou tort dans cette prédiction. (80) Si le client accepte cette tâche, il admet implicitement qu'une amélioration est possible. Cette prédiction comporte en elle-même son propre accomplissement. Elle focalise l'attention du patient sur le fait qu'il pourrait passer une bonne journée. (80)

Cabié et Isebaert, insistent sur l'importance de donner le choix au client en lui proposant :

- plusieurs tâches,
- différentes versions de la même tâche,
- la liberté de faire ou de ne pas faire les tâches. (15)

Le patient n'est pas interrogé explicitement pour savoir s'il a fait ou non la tâche. Il est placé en position d'expert pour ses solutions. C'est lui le plus à même de décider si réaliser la tâche est utile ou non.

Dans le cas où le client ne fait pas la tâche, le thérapeute voudra connaître, indirectement, la façon dont le patient « n'a pas fait la tâche » (80) selon l'expression de Steve de Shazer. Il s'intéressera donc à ce que le patient a fait, à la place, qui est souvent quelque chose de plus utile ou de plus judicieux que ce qu'avait proposé le thérapeute.

D. Renforcer le changement : la deuxième séance et les suivantes

Le but des séances suivantes est « d'engager et de maintenir un dialogue à propos de ce qui va mieux pour les clients. » (46)

De Shazer commence la deuxième séance par :

« Donc, qu'est-ce qui va mieux ? » (82)

Il commente :

« mieux est une construction qui a pour but de rappeler aussi bien au thérapeute qu'au patient qu'un des buts (...) [de la thérapie orientée sur les solutions] est d'aider le patient à définir que les choses vont mieux. Le fait de ne pas commencer les séances suivantes par cette question minimise la valeur du travail déjà effectué » (82)

Trois cas sont possibles :

- Les choses vont mieux. Nous pouvons alors suivre le précepte de Steve de Shazer, et « faire plus de la même chose » (84). Les progrès ainsi que les prochaines étapes peuvent être mis en échelle.
- Aucune amélioration n'est perçue. Un jeu de langage centré sur les exceptions est souvent utile et permet parfois de repérer des améliorations qui étaient passées inaperçues.
- Les choses ont empiré. Le thérapeute peut alors orienter l'entretien sur les capacités à faire face et les ressources de la personne. (46)

Les questions sur le faire face s'intéresse à ce que les gens ont déjà fait et qu'ils ont trouvé utile par rapport à ce qu'ils sont en train de vivre. Elles mettent l'accent sur les liens positifs que le client entretient avec son entourage. Ces relations de soutien sont source de force et d'espoir pour eux.

Le thérapeute oriente son attention sur le fait que, malgré leur grande détresse, les gens ont réussi à se lever le matin, à venir à la consultation, à faire face à la situation depuis plusieurs jours... Il peut inviter la personne à expliquer ce qui fait que la situation n'est pas « encore pire ». Le client a alors l'occasion de parler de son courage et de sa dignité face à ses difficultés. (46)

Les capacités à faire face peuvent bien sûr être posées sous forme d'échelle pour évaluer où en sont les patients face à leur problème :

« Sur une échelle de 0 à 10 où 10 veut dire que vous faites face à votre situation aussi bien que vous pourriez imaginer que n'importe qui le ferait, et 0 signifie que vous ne faites pas du tout face, à quel niveau diriez vous que vous faites face maintenant ? »

De Shazer insiste sur l'importance de garder à l'esprit les objectifs suivants pour tous les entretiens après le premier :

- Construire des intervalles entre les séances comme une durée au cours de laquelle des progrès ont pu avoir lieu.
- Vérifier que ce que le thérapeute et le client ont fait pendant la séance précédente est perçu comme utile pour le client.
- Aider le client à comprendre ce qui a rendu les progrès possibles de façon à pouvoir poursuivre le processus.
- Evaluer si les progrès ont conduit à un niveau de satisfaction du client permettant d'envisager la fin de la thérapie.
- Si le client ne décrit aucune amélioration, amener le thérapeute et le client à faire quelque chose de différent. (81)

Chapitre III :

Conversations Thérapeutiques,

Exemple Clinique

« Il y avait derrière le Docteur Katz un bateau à voiles sur une cheminée avec des ailes toutes blanches et comme j'étais malheureux, je voulais m'en aller ailleurs, très loin (...) et je me suis mis à le faire voler, je montais à bord et traversais les océans d'une main sûre. (...) Encore maintenant, quand je veux, je peux monter à bord du voilier du Docteur Katz et partir loin seul à bord. Je n'en ai jamais parlé à personne et je faisais toujours semblant que j'étais là. »

Emile Ajar

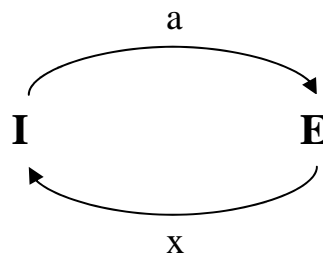
La vie devant soi

I. Quelques repères théoriques :

Pour expliquer le travail clinique effectué avec notre patiente, nous présentons ici quelques notions théoriques liées à la conversation thérapeutique et à la notion de crise. Nous décrirons aussi l'unité « ESPACE »⁶, où a été hospitalisée l'adolescente.

A. Conversation thérapeutique

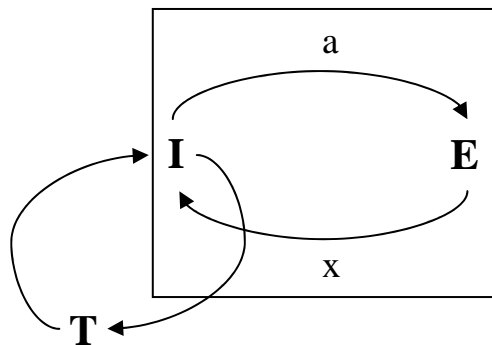
Les problèmes auxquels s'intéresse la thérapie brève sont relationnels et nécessitent la prise en compte du patient dans son environnement. Ce sont les interactions entre celui-ci et les personnes ou les éléments de son entourage qui sont importantes. Wittezaele et Garcia schématisent comme suit le système « patient / entourage ». (102)



L'individu « I », émet un comportement « a » qui agit sur l'environnement (aussi bien les personnes que les situations). Celui-ci répond sous la forme d'un comportement « x ». Si la réponse ne satisfait pas « I », il essaye d'autres types de comportements (« a1 », « a2 »...) jusqu'à obtenir satisfaction. Quand aucun des essais de type « a » ne donne de réponse « x » satisfaisante, l'individu est confronté à un problème. C'est alors qu'il peut se décider à consulter un thérapeute.

⁶ Espace Soins Pour Adolescents en Crise - Service du Dr Bocher - Hôpital Saint Jacques - Nantes

Le système « client / thérapeute » est schématisé de la façon suivante :



Le thérapeute « T » établit une sorte de boucle de régulation avec le système « I - E ».

Ce schéma un peu simple, explique Wittezaele, à l'avantage de mettre l'accent sur plusieurs aspects :

- Le point de vue interactionnel, aussi bien entre individu et environnement qu'entre client et thérapeute.
- Les deux niveaux de la relation thérapeutique : la position « méta » du thérapeute qui garde une vue d'ensemble sur le système « I - E » en même temps qu'il interagit directement avec son interlocuteur.
- Le côté nécessairement transitoire de la boucle de régulation « T - I » si l'on veut que le patient retrouve rapidement son autonomie.
- Le fait que le thérapeute ne résolve pas le problème à la place du client, -il n'interagit pas directement avec son environnement- mais qu'il l'aide à modifier son comportement.

O'Hanlon et Weiner-Davis définissent la séance comme une intervention, mettant l'accent sur le rôle actif du thérapeute, qui mène l'entretien par ses questions. Elle est le lieu, disent-ils, qui permet aux clients de faire l'expérience du changement « dans leur façon de penser à leur situation. » (62)

Nous avons présenté, dans le chapitre II, les « questions construites » pour favoriser un tel changement. Dans ce chapitre, ces questions, autant que les réponses possibles des clients, seront replacées dans leur contexte, grâce à la présentation détaillée d'un cas clinique.

B. La notion de crise

1. DEFINITION

Gilliland et James (34) donne la définition suivante de la crise :

« La crise est la *perception* d'un événement ou d'une situation *comme* une difficulté intolérable qui déborde les ressources et les mécanismes dont la personne dispose pour faire face. » (34)

Cette définition, selon Berg et de Jung, (46) convient à l'approche centrée sur les solutions. Elle sous-entend que les personnes réagissent et s'adaptent différemment à un même événement traumatique. Elle met aussi l'accent sur la notion de perception de la situation plus que sur la situation elle-même.

Françoise Kourilsky précise que plus nous sommes habitués à percevoir quelque chose, plus nous le percevons et plus nous réduisons « notre champ du connaissable et, par là même, nos possibilités d'actions sur celui-ci. » (50) Une crise survient si nous perdons la faculté d'évaluer et « d'explorer les différentes interprétations possibles [d'une situation et de] choisir celles ouvrant le plus de possibilités d'actions. » (50) Nous avons, alors, perdu nos capacités de choix face à un événement. Notre système de perception, devenu rigide, focalise notre attention sur la difficulté. Il empêche l'émergence et la prise de conscience de toute solution alternative plus positive.

Notre système de perception ou système sélectif de reconnaissance (72) est, selon François Roustang, ce qui nous permet de connaître le monde et de nous adapter à lui. Il est composé de notre sensorialité, corporéité, humeur et langage, toutes les ressources dont l'être humain dispose pour se repérer dans l'existence.

« Au long des jours et des années, ces ressources se sont coulées dans des moules, sont devenues des habitudes de sentir, d'imaginer, de penser de parler et d'agir et elles ont pris la forme de stéréotypes que nous ressasons à tous propos et en toutes circonstances, même si elles sont inadaptées ou inadéquates. » (72)

La perte de la souplesse de ce système est à l'origine, dit-il, des solutions inadaptées, répétées à l'extrême et amenant l'individu vers un état de crise et de souffrance. Plus le système de perception est perturbé, plus la perte de contact avec la réalité est importante et la crise violente.

Mais les crises sont aussi des périodes naturelles de passage d'une étape à l'autre de la vie. Michel Kerouac, reprenant le travail de plusieurs auteurs avant lui, (E. H. Erikson, D. Levinson, R. Houde et P. Levin) (48), met l'accent sur ces crises nécessaires à la

croissance ; ces crises naturelles qui permettent de passer d'un cycle de vie au cycle suivant.

2. CRISE, REGULATION ET APPROCHE THERAPEUTIQUE

Après s'être longtemps intéressé à l'homéostasie, les auteurs des thérapies brèves se sont focalisés sur le changement. Bateson, dans ses études sur l'interaction, s'interrogeait déjà sur les notions de stabilité et d'évolution dans les rapports humains. (2) Il expliquait que lorsqu'un changement s'installe dans

« une relation dyadique, la situation devient alors plus ou moins intolérable pour l'un ou l'autre de ses partenaires, et, au paroxysme de la tension, une explosion se produit. » (101)

Lorsque le feed-back positif pousse le système loin de sa norme, il peut, certes, se déstructurer, mais il peut aussi passer par une phase « créative » et s'équilibrer sur un nouveau mode. Selon les observations de Bateson :

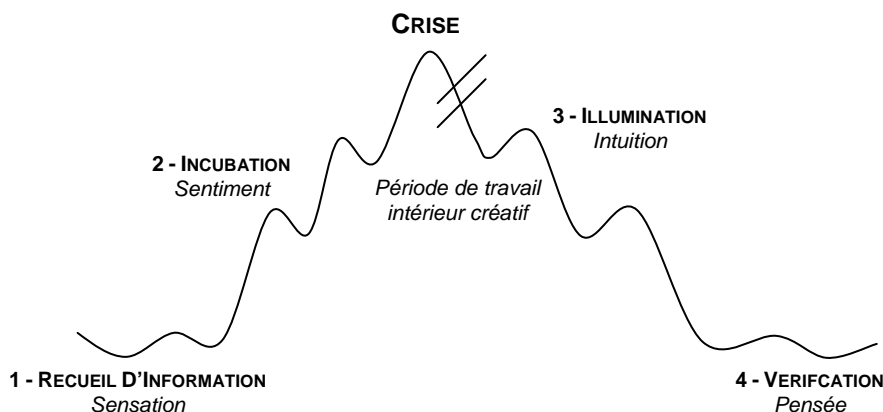
- soit le système retourne à son état d'équilibre sans changer de méta-règles, c'est un changement de type I,
- soit « émergent des structures de communication entièrement nouvelles » et l'on assiste à un changement de type II.

Après les conceptions systémiques et homéostasiques, la théorie du chaos se développe à l'heure actuelle ainsi que la notion d'imprévisibilité dans le changement. Celle-ci défend l'idée que les systèmes vivants sont toujours à la limite du déséquilibre. (71) (13) Ilya Prigogine (66), a étudié les systèmes évolutifs. Il les désigne par le terme de « structures dissipatives ». L'état loin de l'équilibre, qui caractérise un système en crise, est nommé un « point de bifurcation ». Par analogie avec des processus chimiques, le thérapeute peut être considéré comme le catalyseur qui permet au système déstabilisé de créer une nouvelle structure, un nouvel ordre. (101)

Ernest Rossi a repris et poursuivi ce travail. (71) Nous présentons ses recherches car elles complètent celles de Steve de Shazer en restant dans l'optique du travail éricksonien. Dans son ouvrage, *The Symptom Path to Enlightenment*, (71) il ne s'intéresse plus à l'homéostasie, mais aux « systèmes complexes adaptatifs » à l'état « métastable ». Le corps et de l'esprit humain sont, dit-il,

« en constante évolution d'un état métastable à un autre. (...) La nature humaine est une dynamique d'états métastables en perpétuel changement dans le cadre d'une criticalité auto-organisée, aux frontières de l'adaptation créative. » (71)

Rossi utilise le schéma suivant pour modéliser la crise et son potentiel créatif. (71)



Les quatre étapes du processus de création

Figure 2

Les systèmes complexes adaptatifs, dit-il, passent en permanence par des « transitions de phases critiques » d'un stade à un autre. Cette « instabilité » caractérise la « vie aux frontières du chaos ». Rossi met l'accent sur le potentiel créatif rendu possible par cet équilibre perpétuel « entre la stase et le chaos ».

« La crise psychologique ou les symptômes psychosomatiques représentent des indicateurs importants de la présence de *transition de phases potentiellement créatives* au sein du développement humain et de l'évolution des phénomènes de conscience. » (71)

Il se pose alors la question suivante :

« Comment favoriser la motivation et le changement, et passer d'un comportement ou d'un état d'esprit peu bénéfique à un autre qui l'est d'avantage ? » (71)

Nous pensons que cette question est extrêmement pertinente face à un individu en crise, confronté à l'auto ou l'hétéro-agressivité.

Nombre de changements et d'adaptations à des conditions nouvelles sont réussis, seuls, par les individus qui n'ont pas recours à un thérapeute pour les aider. Mais parfois, le changement ne se fait pas et la crise persiste en s'aggravant. Ses conséquences deviennent pénibles pour la personne ou pour son entourage. Les capacités naturelles de résolution de la crise de l'individu sont dépassées. La question d'une aide extérieure peut alors se poser.

L'objectif de la thérapie, dans l'approche centrée sur les solutions, est de favoriser la reprise de contact de l'individu avec ses ressources, d'assouplir son système de perception et de lui permettre de modifier son interprétation de l'événement dans un sens qui rende la situation plus abordable. Bref, il s'agit de co-construire une réalité avec le patient où des solutions sont possibles et l'obstacle de la crise peut être franchi. Pour cela, le thérapeute a

recours à la reconnaissance et à la validation des émotions du patient, au respect de ses perceptions, aux recadrages des ses cognitions, à la recherche de ressources (capacités à faire face et points forts) et à la facilitation de nouveaux apprentissages (construction de solutions). (46)

Selon un proverbe chinois, il s'agit tout simplement d'« observer de vieux paysages avec des regards nouveaux. » (50)

C. Contexte d'intervention : l'unité ESPACE

1. INDICATIONS

Nous avons rencontré la patiente présentée ici lors de son hospitalisation à l'unité « ESPACE » du CHU de Nantes. Cette unité accueille de jeunes adultes (15 ans - 35 ans) sans antécédents de pathologie psychiatrique avérée. Les indications sont liées à la notion de « crise », de « mise en danger de soi », tant sur le plan physique que psychique. Les patients sont adressés par les urgences médicopsychologiques⁷ du CHU ou par des consultations spécialisées dans le cadre de l'unité de prévention du centre. (67)

2. APPROCHE THEORIQUE

Dans cette unité, les outils thérapeutiques individuels comme ceux utilisés dans les groupes, reposent sur une approche à orientation psychodynamique.

Nous y sommes intervenues pendant six mois, en tant qu'interne, avec notre propre approche théorico-clinique, basée sur l'hypnose éricksonienne et les thérapies brèves. Conformément à l'éthique de ce courant de psychothérapie, nous avons cherché à nous intégrer dans ce système pré-établi, en y repérant tout ce qui pouvait nous être utile par rapport à notre propre objectif de soin. Ainsi, nous avons pu facilement respecter le cadre des soins proposés dans l'unité et l'intégrer au déroulement du suivi des patients.

⁷ Unité du service des urgences - Pr. Potel - CHU Nantes.

3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Au plan individuel

A ESPACE, ne sont admis, la plupart du temps, que des patients ayant formulé une demande de soins ou tout au moins ayant donné leur accord pour une hospitalisation. Ce pré-requis facilite, bien évidemment, l'alliance thérapeutique et respecte le « point de vue du client ». Ils sont accueillis pour « 48 heures d'observation mutuelle » pendant lesquelles le téléphone et les sorties sont suspendus. Ensuite, ils rédigent avec leur psychiatre référent un contrat d'hospitalisation fixant la durée et les objectifs de celle-ci. Ces objectifs sont travaillés par l'ensemble de l'équipe, réunie autour du patient. Le contrat peut-être prolongé une fois et/ou poursuivi par des séances au centre de jour du service : 2 à 3 demi-journées par semaine autour d'une activité de médiation⁸ et d'un entretien infirmier ou médical. Les entretiens médicaux sont programmés à l'avance avec le patient et respectent, le plus souvent, la chronologie suivante : entretien d'entrée, de fin de 48 heures, de milieu et de fin de contrat.

La durée moyenne d'hospitalisation est courte (9 à 10 jours) et son objectif principal est « un réaménagement thérapeutique de la crise » ainsi que l'organisation d'un « relais adapté si nécessaire ». (67)

Pour la famille

Les parents ou le conjoint (en fonction de l'âge du patient, de sa demande et de son contexte de vie) sont reçus deux fois en entretiens « familiaux » : une fois seuls et une fois avec le membre de leur famille qui est suivi à ESPACE. Ce travail est effectué, soit par la psychologue soit par l'assistante sociale, toutes les deux formées aux thérapies familiales.

⁸ La médiation est une activité individuelle ou de groupe à visée thérapeutique, animée par un infirmier avec l'aide d'un support : dessin, relaxation, sport, conte...

4. ÉTHIQUE DES THÉRAPIES BREVES

Ce cadre de travail est propice à l'utilisation des thérapies brèves puisqu'il se propose :

- De répondre à une demande d'aide.
- Non pas de résoudre l'ensemble des problèmes des adolescents, mais de travailler sur le moment de la crise, tout en offrant une ouverture plus large en fin d'hospitalisation, si le patient le souhaite.
- De donner une place centrale au sujet qui fixe lui-même ses objectifs et la durée de sa prise en charge. Celui-ci est mis d'emblée en position de choix et d'expert pour sa propre situation. L'équipe soignante le guide et l'entoure.
- De contractualiser les échanges entre patient et thérapeute.
- De travailler dans une durée limitée tout en aidant le patient à sortir de l'urgence.

II. Cas clinique

A. Éléments antérieurs à l'hospitalisation

1. ANTECEDENTS

Annabelle est une jeune femme de 19 ans, suivie par un psychiatre depuis deux ans et demi à la suite de trois gestes suicidaires rapprochés pour lesquels elle a été hospitalisée (deux phlébotomies puis une ingestion de médicaments).

Elle présentait alors un syndrome dépressif marqué par des troubles du sommeil importants. A la suite des hospitalisations, elle s'est engagée dans une réflexion sur elle-même et sur son histoire familiale. Le suivi a mis en évidence l'alternance entre des moments dépressifs (réactionnels à des conflits avec sa mère) et des moments de bon investissement scolaire et pré-professionnel dans le domaine de l'hôtellerie. Devant l'amélioration de la symptomatologie dépressive, la prise en charge a été arrêtée pendant un an environ.

Au niveau des antécédents familiaux, nous notons uniquement la présence d'un syndrome dépressif récurrent chez sa mère. Celle-ci a été plusieurs fois hospitalisée et suit toujours un traitement.

2. HISTOIRE FAMILIALE

Annabelle est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants (deux sœurs de 13 et 10 ans et un frère de 3 ans), tous de pères différents. Elle a fréquemment déménagé suite aux ruptures conjugales de sa mère. Elle n'a rencontré son père biologique qu'occasionnellement et vit actuellement avec sa mère et le beau-père dont elle porte le nom (qui est le père biologique de sa sœur de 13 ans). Celui-ci est revenu au domicile depuis un an après plusieurs années d'absence. Les relations n'ont jamais été très bonnes entre eux.

3. PROBLEMATIQUE ACTUELLE

C'est la réapparition d'insomnies d'endormissement avec asthénie, d'une anorexie, d'une tristesse, d'une perte d'élan vital et d'une auto-dévalorisation avec irritabilité qui a

incité Annabelle à reprendre contact avec son psychiatre. Celui-ci a alors noté un envahissement de la pensée par des représentations angoissantes sans qu'Annabelle puisse mieux préciser les choses.

Devant la crainte d'une récurrence suicidaire et sa demande d'aide, il lui a proposé une hospitalisation. Quinze jours avant celle-ci, Annabelle est allée vivre chez ses grands-parents pour fuir les conflits avec ses parents. Elle a aussi arrêté les cours de sa première année de baccalauréat professionnel en hôtellerie. Elle souhaite pourtant travailler cet été dans ce domaine, confortée par un premier stage professionnel réussi. Un traitement par antidépresseur lui a été proposé mais elle l'a arrêté rapidement, avant que l'on puisse juger de son efficacité.

4. DIAGNOSTIC

Le diagnostic F32.2 de la C.I.M.10 (63) peut être retenu, à savoir : « Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique ».

Les signes principaux sont :

- « l'humeur dépressive »,
- « la diminution de l'intérêt et du plaisir »,
- « l'augmentation de la fatigabilité ».

Les signes secondaires sont :

- « une perturbation du sommeil »
- « la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi »,
- « une diminution de l'appétit »,
- « les idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires »,
- « les idées de culpabilité ou de dévalorisation »,
- « l'absence de symptômes psychotiques ». (63)

B. Prise en charge à l'unité ESPACE

L'approche thérapeutique que nous avons effectuée pendant l'hospitalisation d'Annabelle a été, le plus possible, orientée sur les solutions. Celle-ci s'est intégrée à l'ensemble de la prise en charge institutionnelle. Il est évident que beaucoup d'autres outils ont été utilisés comme : les médiations, les groupes de parole, les entretiens infirmiers, les entretiens familiaux, la vie dans l'unité avec les autres adolescents, les réflexions théoriques lors des réunions entre professionnels... Nous avons tenté de tenir compte de toutes les observations des autres intervenants pour une approche globale tout en gardant au maximum à l'esprit les objectifs de la thérapie orientée sur les solutions.

Pour présenter ce travail clinique nous avons retranscrit fidèlement la plupart des questions et les réponses de la conversation thérapeutique. Nous présentons le « jeu de langage » qui s'est développé entre cette patient et nous-même.

De Shazer raconte :

« On m'a souvent dit que mes séances de thérapie ne ressemblent pas à de la thérapie, car tout ce que je fais consiste à poser des questions, sans explication ni justification. Pour certains, il semble que ces questions arrivent par pure coïncidence... Par contre, pour ceux qui connaissent bien ma façon de pratiquer la thérapie, ces questions apparaissent sélectionnées et amenées à un moment précis afin que moi-même et mes clients puissions concevoir des actions possibles. » (80)

Afin de présenter ces questions particulières, nous signalons à droite du texte de l'entretien, les techniques que nous avons utilisées.

Ce travail est un essai d'utilisation des procédés d'entretien centrés sur les solutions en institution. Il est à la fois une recherche et une expérience dans le cadre de notre formation d'interne en psychiatrie. Etant encore très jeune dans la pratique de ce métier, nous avons commis des erreurs ou des oublis. Par manque d'expérience, nous n'avons pas toujours effectué les interventions les plus pertinentes. Lorsque nous avons relu et retravaillé cette situation clinique, avec notre superviseur, nous nous sommes interrogée sur notre pratique. Des remarques sont signalées au fil du texte. Elles concernent les voies que nous n'avons pas suivies, alors qu'elles auraient été intéressantes, ainsi que les problèmes d'application de la méthode.

Des informations relatives à l'évolution clinique, aux éléments externes et aux autres facteurs intervenant dans la prise en charge sont donnés au fur et à mesure, en respectant un ordre chronologique signalé par le numéro du jour compté à partir de l'entrée à l'hôpital.

1. LA QUESTION MIRACLE

Le premier jour, Annabelle est reçue avec sa mère puis seule, par les infirmiers du service. Ceux-ci notent que la maman évoque un problème de communication avec sa fille et que son beau-père est fortement opposé à cette hospitalisation. Annabelle est décrite comme renfermée et inhibée. Elle ne parle presque pas.

Première entretien - J2 - Accueil

Après quelques minutes où nous parlons de choses et d'autres...

- 1 **Thérapeute** : - Vous avez demandé à être hospitalisée dans l'unité...
- 2 **Patient**e : - Oui.
- 3 **T** : - Que se passe-t-il, en ce moment, pour vous ?
- 4 **P** : - Je n'arrive plus à dormir... c'est ça, je ne dors pas... je me sens mal dans ma peau, je deviens agressive avec tout le monde... oui, je ne suis pas comme ça, faut que j'arrête... Avec mes parents, ça ne va pas du tout, ils m'énervent... surtout ma mère...
- 5 **T** : - Surtout votre mère...
*Cette réplique est maladroite. J'insiste sur la mère d'Annabelle ce qui focalise l'attention sur cette dernière.
Une meilleure exploration aurait été :
« - En quoi est-ce qu'ils vous énervent ? »*
- 6 **P** : - Oui, il y a deux ans c'était pareil... j'étais agressive avec elle...
Faut pas que ça recommence...
- 7 **T** : - Avez-vous déjà vécu une telle situation dans le passé ?
- 8 **P** : - Oui, oui, il y a deux ans... c'était comme aujourd'hui, sauf qu'aujourd'hui, c'est pire... c'était pareil, je ne dormais plus... j'ai été suivie par un psy... pendant longtemps, puis j'ai arrêté... et là ça recommence... je pensais que j'étais guérie... là, je suis découragée... j'en peux plus... si tout recommence comme avant, c'est terrible... Faut que ça s'arrête, que je dorme...

Nous identifions un problème similaire dans le passé qui a été résolu. O'Hanlon et de Weiner-Davis disent à ce propos que,

« souvent, les clients, submergés par les difficultés de leur vie, perdent de vue leurs capacités à résoudre les problèmes. Ils peuvent simplement avoir besoin qu'on

Prise de contact

Description brève du problème

Exploration d'une situation similaire dans le passé.

leur remette en mémoire des outils qu'ils possèdent déjà pour développer des solutions durables et satisfaisantes ». (62)

Je suppose que, si elle a dépassé un problème similaire il y a deux ans, elle peut de nouveau y arriver aujourd'hui.

- 9 **T :** - Il y a deux ans, qu'est-ce qui vous a aidé à retrouver le sommeil, à aller mieux ? **Exploration des solutions expérimentées deux ans auparavant qui ont été utiles pour résoudre le problème.**
- 10 **P :** - Ben... j'ai pris des médicaments, du Lysanxia[®], du Tercian[®]... mais là je ne veux pas en reprendre... c'était horrible, je préfère pas en reprendre... surtout pas...
Je sais qu'Annabelle a utilisé ces médicaments lors de sa troisième tentative de suicide il y a deux ans. Son comportement m'indique qu'elle est anxieuse...
- 11 **T :** - « D'accord... donc c'est quelque chose qui ne marche pas pour vous... Qu'est-ce qui est efficace? » (62) **Focalisation sur ce qui marche.**
- 12 **P :** - Ben... j'ai réussi à parler avec ma mère...
- 13 **T :** - Oui... Comment ça s'est passé ? **Détails.**
- 14 **P :** - Simplement, en prenant le café, nous nous sommes mises à discuter... nous avons arrêté de nous disputer... et nous nous sommes réconciliées, comme ça... nous nous sommes comprises mais là c'est pas possible, ça va trop mal... j'y arrive pas...
- 15 **T :** - Pas encore... Qu'est-ce qui vous a aussi aidé ? **Modulation de la négation trop intemporelle.**
- 16 **P :** - Ben... quand mon beau-père est parti, là, c'était pire... il est reparti en Guyane... C'était dur...
- 17 **T :** - D'accord... ce n'était pas simple pour vous ce départ... **Reformulation : « dur » devient « pas simple »**
- 18 **P :** - Non, mais en même temps, quand il est là, c'est encore plus dur... lui, la psychologie c'est pas son fort, les psychiatres, tout ça, il ne veut pas en entendre parler...
- 19 **T :** - Ok, il est parti et donc, vous avez réussi à améliorer la situation... **Implication de sa réussite.**
- 20 **P :** - C'était très dur... mais j'avais mes amis, ah ça oui... vraiment... ils m'ont montré qu'ils étaient là... qu'ils me soutenaient... on a beaucoup parlé...
- 21 **T :** - Oui... avec vos amis... **Validation.**
- 22 **P :** - En soirée... ils m'ont invitée... ils m'ont soutenue... vraiment.

J'aurais pu continuer à explorer les détails avec des questions comme :

« - Comment faisaient-ils pour vous soutenir ? »

23 **T** : - D'accord... Quoi d'autre encore... ?

24 **P** : - J'ai fais du théâtre...

25 **T** : - Du Théâtre... et alors ?

26 **P** : - Ben... l'expression corporelle et verbale... dans les cours de théâtre... ça m'a aidé à avoir confiance en moi... à plus parler... Voilà, c'est tout...

27 **T** : - D'accord... donc, si je comprends bien, vous me direz si je me trompe... (*j'attends un signe d'acquiescement de sa part et je continue*)...il y a deux ans, vous avez réussi à vous réconcilier avec votre mère, autour d'un café... simplement...vous avez fait du théâtre et ça vous a aidé à parler, à avoir confiance en vous... vous vous êtes sentie soutenue par vos amis...

28 **P** : - Oui, c'est ça... mais là j'y arrive pas... faut que je dorme... c'est ça, je suis épuisée de ne pas dormir... du coup je deviens agressive...

Annabelle a donc identifié quatre moyens utilisés il y a deux ans :

*les médicaments qu'elle ne préfère pas reprendre,
parler avec sa mère, et elle ne s'en sent pas encore capable,
recevoir le soutien de ses amis,
faire du théâtre.*

Un thème commun se dégage des trois derniers items, la parole et le contact avec les autres tiennent une place primordiale dans son discours.

Dans sa dernière réponse, elle m'indique clairement, dans son langage verbal et non verbal en manifestant des signes d'irritation qu'elle n'est pas capable d'envisager quoi que ce soit avant d'avoir bien dormi...

Je n'attache visiblement pas assez d'importance à ce symptôme.

A ce moment-là, je ne souhaite pas lui poser directement la question miracle parce que Berg et De Jung précisent que :

« pour travailler avec la question miracle, les clients ont besoin d'énergie ce qui n'est pas toujours le cas en situation de crise. » (46)

Recherche de détails.

Résumé et reformulation de ce début d'entretien.

Aussi j'ai simplement, en suivant les conseils d'O'Hanlon et Weiner-Davis, décidé de chercher :

« de quelle manière [sa] journée est-t-elle différente quand... » (62)

elle a bien dormi... Cependant en faisant cela, j'ai focalisé son attention sur les conséquences de l'amélioration du sommeil au détriment des autres améliorations possibles.

Je lui ai demandé de faire « comme si » une nuit elle dormait bien et je l'ai interrogée sur ce qui serait alors différent pour elle à son réveil.

29 **T :** - D'accord... laissez-moi vous poser une question peut-être un peu étrange...

Introduction de la question.

30 **P :** - Oui...

31 **T :** - Mais d'abord, dites-moi... là, vous loupez les cours... C'est possible pour vous pendant combien de temps ?

Créer de l'attente.

32 **P :** - Pas de problème... mon année est presque finie... et de toute façon je n'y allais déjà plus avant l'hospitalisation... il faut que je me soigne d'abord...

33 **T :** - D'accord... je vois que vous êtes très motivée... Alors, supposons... qu'une nuit... un soir... vous vous endormez et cette nuit-là, comme ça, simplement, vous dormez très profondément toute la nuit... d'un sommeil vraiment profond...

**Compliment.
Question.**

34 **P :** - Il faudrait un miracle !

Annabelle m'amène alors elle-même, sans le savoir, vers la question miracle...

J'aurais dû suivre ses indications et lui poser tout simplement la question miracle dans sa formulation complète, cela aurait ouvert un champ de possibilités de réponses plus grand pour Annabelle...

J'ai manqué de souplesse pour m'adapter à ses réponses et je suis restée centrée sur ma première idée. J'ai réduit le rôle de la baguette magique à l'amélioration du sommeil au lieu de lui donner le pouvoir de résoudre tous les problèmes comme le recommande de Shazer.

35 **T :** - Oui, supposons que les miracles existent...

36 **P :** - Vous avez une baguette magique ?

37	T : - Supposons... que les miracles existent... et que j'ai une baguette magique... qui puisse vous faire dormir toute la nuit... vous dormez profondément... A votre réveil, le lendemain matin, qu'est-ce qui est différent ?	Le but est d'amener le patient à une description vidéo d'une journée sans le problème :
38	P : - A ben, c'est clair... c'est un miracle... déjà j'ai bien dormi... donc je me sens bien dans ma tête... je me dis c'est OK, t'as bien dormi... ça va. T'as plus de problème...	1- de son point de vue.
39	T : - Oui, qu'est-ce que vous faites ?	Détails comportementaux.
40	P : - Ben, je ne suis plus agressive, je suis cool, détendue... je me sens bien... c'est tout... je parle normalement... J'aurais pu explorer les effets de cette détente...	
41	T : - Oui... qui, dans votre entourage, remarque que ce miracle a eu lieu ?	2- du point de vue de son entourage.
42	P : - Ben... mes parents, mes amis... ah, oui, mes amis c'est clair, ils voient que je n'ai plus une sale tête...	
43	T : - Vous n'avez plus une sale tête...	
44	P : - Non, je me sens plus gaie... j'ai envie de rigoler... je participe aux conversations... je suis normale quoi !	
45	T : - Oui... qui d'autre encore remarque que le miracle a eu lieu ?	Qui sont les autres qui comptent pour elle ?
46	P : - Mes grands-parents... j'habite chez eux en ce moment parce que ça n'allait plus avec mes parents...	
47	T : - Oui... qu'est-ce qu'ils remarquent ?	Détails.
48	P : - ben... je suis plus souriante... pas agressive... je parle avec ma grand-mère... enfin surtout, je peux retourner chez mes parents... je m'explique avec ma mère, tranquillement...	
49	T : - Oui... quoi d'autre ?	
50	P : - Ma sœur aussi... elle voit que j'ai l'air d'aller mieux... En fait j'allais mieux, mais ça recommence... ça n'a pas duré. J'ai arrêté mon suivi pendant un an et j'ai repris récemment car ça n'allait pas du tout... je sens que ça revient.	
51	T : - J'ai l'impression... dites-moi si je me trompe... qu'il y a deux ans plusieurs choses vous ont aidé à aller vraiment mieux : parler avec votre mère, faire des activités, du théâtre, sortir avec vos	Reformulation et recadrage.

- amis... vous dites même que vous étiez guérie...
- 52 **P** : - Oui... j'ai même arrêté le suivi pendant un an...
- 53 **T** : - Toute une année !
- 54 **P** : - Oui, ça allait bien... mais ça n'a pas duré...
- 55 **T** : - D'accord... pas assez longtemps...
- 56 **P** : - C'est ça.
- A posteriori, je remarque que j'aurais pu orienter Annabelle sur ce qu'elle a fait qui a permis de maintenir cette amélioration pendant une année. Je lui aurais alors donné l'occasion de prendre conscience de ses ressources personnelles. Elle aurait pu les utiliser de nouveau aujourd'hui.
- Sur le moment, j'ai choisi une autre voie. J'ai poursuivi mon travail en lui proposant de mesurer ses progrès sur une échelle pour savoir où elle en est aujourd'hui par rapport à tous les éléments qu'elle évoque du passé.*
- 57 **T** : - Bien... aussi, pour mesurer où vous en êtes aujourd'hui, je vous demande d'imaginer une échelle de 0 à 10... où 0 est le moment le pire... (*je lui montre avec ma main gauche le 0*) peut-être quand vous avez décidé de reprendre votre suivi ?
- 58 **P** : - Oui...
- 59 **T** : - et 10... (*Je écarte ma main droite de ma main gauche, horizontalement, de 70 cm environ pour symboliser le 10*)... c'est le matin du miracle... quand vous avez bien dormi, que vous parlez avec votre mère, vos amis... que vous vous sentez gaie et souriante... (*Je maintiens dans l'espace mes deux mains qui symbolisent l'échelle*)
- 60 **P** : - D'accord...
- 61 **T** : - Aujourd'hui, à combien êtes-vous entre 0 et 10 ?
- 62 **P** : - à 2 ~ 3... mais 0 c'était il y a deux ans... c'était vraiment le pire... je veux pas que ça recommence...
- Annabelle a recadré ma proposition d'échelle, « 0 » n'est pas le moment où elle a décidé de reprendre son suivi, mais son état d'il y a deux ans.*
- 63 **T** : - D'accord... 0, c'était il y a deux ans... et aujourd'hui vous êtes à 2 ~ 3...
- 64 **P** : - Oui... faut absolument que je dorme !

Compliment implicite sur les compétences.

Reformulation.

Echelle du progrès.

Validation.

65	T : - En ce moment, ce n'est pas facile pour vous de dormir... et cependant vous êtes à 2 ~ 3, au dessus de 0...	Reformulation dans le temps.
66	P : - Oui, quand même à 2 ~ 3, pas à 0...	Validation des progrès.
67	T : - C'est mieux...	
68	P : - C'est vrai... c'est mieux...	
69	T : - Récemment, vous êtes-vous trouvée un peu plus haut sur l'échelle... ?	Recherche d'exceptions.
70	P : - Encore mieux qu'aujourd'hui ?	
71	T : - C'est ça... peut-être un peu mieux... peut-être que vous avez même vécu certains moments qui ressemblent au miracle ? Peut-être...	
72	P : - Au miracle ?	
73	T : - Oui... comme ce que vous venez de me décrire... quand vous avez bien dormi et que vous vous sentez gaie et souriante...	
74	P : - Ben oui... c'est vrai... quand j'ai bien dormi... ça arrive parfois... alors ça va bien... mais là, c'est de pire en pire... je dors vraiment très mal... <i>Annabelle retourne facilement vers le langage des problèmes, il faut que je reste extrêmement vigilante pour l'accompagner vers les solutions sans la brusquer pour autant, ni minimiser ses plaintes.</i>	
75	T : - La dernière fois que vous avez bien dormi... Quand était-ce ?	Recherche d'exceptions.
76	P : - La dernière fois... je sais plus... il y a un mois je me souviens... j'ai passé une bonne nuit, c'est vrai...	
77	T : - D'accord... et alors ce jour-là sur l'échelle... entre 0 et 10, à combien étiez-vous ?	Echelle.
78	P : - 8 ~ 9...	
79	T : - 8 ~ 9... c'est vraiment haut... Donc bien dormir c'est très important pour vous... Qu'est-ce qui vous a permis de bien dormir cette nuit-là ?	Compliment.
80	P : - Je sais plus... quand j'ai moins de problèmes, je dors mieux... parfois j'ai mal à la tête le soir... alors je prends du Doliprane® et là, je dors bien... mais en ce moment ça ne fait plus d'effet... <i>J'ai de nouveau l'impression qu'Annabelle a des solutions mais qu'en ce moment elle ne parvient pas à les utiliser...</i>	Détail sur le facteur déclenchant l'exception.

- 81 **T** : - Y a-t-il d'autres moments où vous êtes plus haut sur l'échelle ?
- 82 **P** : - Quand je suis en stage... pour mon bac pro, j'ai fait un stage hôtellerie... Là, c'est vraiment bien... Ça me plaît... mais en ce moment je ne vais même plus en cours...
- 83 **T** : - Quand vous êtes en stage, que ça vous plaît... A combien êtes-vous ?
- 84 **P** : - 8 ~ 9, pareil...
- 85 **T** : - D'accord... l'hôtellerie, ça vous plaît...
- 86 **P** : - Oui, je vais faire des « extras » cet été... mais je suis inquiète parce que la patronne est très sévère et parfois elle m'insulte... Mais en ce moment je ne peux plus travailler... C'est pour ça que je viens... pour pouvoir travailler cet été...
- 87 **T** : - Ok.

Poursuite de la recherche d'exceptions.

Echelle.

Nous évoquons alors avec Annabelle des choses concrètes autour du règlement de l'unité et du traitement. Je lui propose de l'hydroxizine, 50 mg le soir, je lui remets une liste de « petits conseils pour une bonne hygiène du sommeil »...

Pendant tout l'entretien, Annabelle m'a semblé sur la défensive, un peu craintive et en retrait. Je n'ai pas approfondi certaines questions à cause de cela... j' ai souhaité respecter Annabelle dans cette réserve et lui donner le temps nécessaire dont elle a manifestement besoin... pour s'adapter peu à peu à moi et à l'unité... pour l'appivoiser...

Il aurait été intéressant, dès ce premier entretien, d'explorer avec Annabelle des moyens de produire des exceptions dans le futur... après sa sortie mais aussi pendant son hospitalisation.

Entre J2 et J4

Annabelle ira en permission, encouragée par l'équipe infirmière, à la fin de sa première période de quarante-huit heures dans l'unité, voir une de ses cousines sur Nantes. Le soir, elle se couche relativement tard mais ne se plaint pas aux infirmiers, dans la nuit, de ne pas dormir.

Elle commence à construire son génogramme avec les infirmiers. A l'unité ESPACE, ce travail a pour but de situer l'adolescent dans sa famille. La nature des liens familiaux est mise en évidence ainsi que les évènements marquants de leur histoire.

2. QU'EST-CE QUI VA MIEUX ?

Deuxième entretien - J4 - Contrat de soins

Le but de cet entretien est de mettre en évidence des améliorations, des débuts de différences dans le ressenti ou le comportement d'Annabelle suite à la description du miracle qu'elle a fait.

Normalement, en thérapie orientée solution, la deuxième séance a lieu une semaine ou deux après la première. Faire le deuxième entretien après seulement trois jours ne facilite par le travail. La patiente n'a pas eu assez de temps pour expérimenter les effets de la question miracle. Cette contrainte temporelle est liée à la prise en charge institutionnelle.

Conformément au fonctionnement institutionnel de l'unité, lors du deuxième entretien, un contrat de soins, fixant la durée de l'hospitalisation et les objectifs de celle-ci est rédigé et cosigné par Annabelle, un infirmier référent et moi-même.

L'infirmière doit réveiller Annabelle, qui fait la sieste, en pleine après-midi, pour qu'elle vienne à l'entretien...

- | | |
|---|--|
| 1 T : - Alors, Annabelle, qu'est-ce qui va mieux ? | |
| 2 P : - Rien ne va mieux... c'est pareil, hein... j'arrive absolument pas à dormir... | |
| 3 T : - A bon... et... | |
| 4 P : - Oui... là, on m'a réveillé mais sinon, la nuit, je ne dors pas... | |
| 5 T : - D'accord... si je comprends bien, vous savez dormir l'après-midi... pas la nuit... | Recadrage. |
| 6 P : - C'est ça... la nuit, je suis trop angoissée... et l'après-midi, ça ne suffit pas, je suis quand même fatiguée. | |
| 7 T : - Bon... il va falloir que nous trouvions ensemble quelque chose d'efficace pour que vous puissiez dormir la nuit... je vois que c'est extrêmement important pour vous... Les infirmiers de nuit n'ont pas signalé que vous aviez des difficultés... | Validation. |
| 8 P : - Non, je reste dans mon lit toute la nuit sans dormir... | |
| 9 T : - Sans dormir du tout ? | |
| 10 P : - Si je dors un peu, mais vraiment pas longtemps... pas suffisamment... | Recadrage par la mise en doute du quantifieur universel « sans ». |
| 11 T : - Ok, nous allons voir ça... Alors... depuis votre entrée... aucune amélioration... rien du tout... | |

- 12 **P** : - Non... je me sens angoissée... je vais très mal...
- 13 **T** : - D'accord... vraiment pas le moindre petit moment un peu moins désagréable que les autres ?
- 14 **P** : - Si quand même... j'ai fait une petite sortie dans le parc ce matin, après les quarante-huit heures...
- 15 **T** : - Une petite sortie... et alors ?
- 16 **P** : - C'était bien... C'est vrai, ça m'a fait du bien...
- 17 **T** : - C'est super... c'est un début... Sur l'échelle de 0 à 10, vous vous souvenez ?
- 18 **P** : - Ah oui...
- 19 **T** : - Alors, vous étiez à combien, ce matin lors de votre petite promenade dans le parc ?
- 20 **P** : - 5 ~ 6
- 21 **T** : - 5 ~ 6 ?
- 22 **P** : - Oui...
- 23 **T** : - Ça alors... deux fois plus que lors de votre arrivée...
- 24 **P** : - Ben oui...
- 25 **T** : - C'est presque incroyable...
Je suis un peu trop en avance sur ce que ressent Annabelle et je risque, par mon propre enthousiasme à encourager le changement de provoquer un décalage nuisant à la relation. Une exploration plus neutre aurait été :
« - Comment avez-vous fait pour passer de 0 à 5 ~ 6 ? »
ou
« - Qu'est-ce qui a permis cette évolution ? »
- 26 **P** : - Moi-même, j'ai été surprise de me sentir si bien dehors... mais ça n'a pas duré... j'ai dû rentrer dans l'unité rapidement.
- 27 **T** : - D'accord.

Recherche de variations dans la présence ou l'intensité du problème.

Reprise échelle du progrès.

Validation.

Pendant la suite de l'entretien, Annabelle évoque sa famille et le travail qu'elle a fait autour de son génogramme.

Je sens qu'elle a besoin de raconter son histoire. Aussi je la laisse parler en n'intervenant que très peu. Elle a tendance à axer son histoire sur les points et les souvenirs négatifs, dévalorisant ou critiquant différentes personnes ou comportements.

Je la laisse parler en recadrant et en orientant, quand je sens que c'est possible, vers des moments agréables, des qualités personnelles et ses capacités à faire face et en cherchant avec elle les personnes ressources.

Je veille à repérer les valeurs familiales et à m'adapter à la vision du monde d'Annabelle.

Elle s'étonne de la complexité de sa famille, émet le souhait d'organiser sa vie de couple différemment de celle de sa mère. Lorsque je l'interroge sur ses capacités à faire cela, elle prend conscience qu'elle s'en sent déjà capable. Elle se sait être plus stable que cette dernière sur le plan affectif.

Elle parle des différents déménagements de son enfance suite aux ruptures et aux réorganisations de la vie conjugale de sa mère, et de sa souffrance face cette instabilité. Sa mère a été souvent hospitalisée pour des « dépressions » et Annabelle s'est sentie abandonnée par elle, à ces moments-là. Ses grands-parents maternels se sont alors occupés d'elle et de ses sœurs. Je souligne l'importance de la solidarité familiale dans les périodes difficiles. Annabelle reconnaît alors que des liens familiaux très forts existent et qu'elle peut compter sur du soutien, de la compréhension et de l'écoute de la part de plusieurs membres de sa famille. Elle insiste sur l'importance pour elle de préserver ces relations et souffre actuellement de la présence de conflits.

Je l'aide à identifier plusieurs personnes ressources : deux beaux pères, une cousine et ses grands-parents maternels. Ce sont des personnes avec qui elle peut discuter de ses soucis, demander des conseils et du soutien, voir même aller vivre comme elle l'a fait avec ses grands-parents, quand la situation à la maison est devenue trop conflictuelle.

Annabelle se souvient aussi d'une journée particulièrement marquante pour elle, avec son père au parc Astérix quand elle avait 13 ~ 14 ans. C'est un des seuls souvenirs avec son père. Elle exprime le souhait de le revoir, de renouer les liens avec lui. Nous explorons les différents moyens pour contacter son père. Elle pense que lui écrire sera le plus facile pour elle.

Enfin, à demi mot, Annabelle parle d'un secret difficile à dire... d'une relation avec son cousin quand elle avait neuf ans et lui treize. Elle n'en a jamais parlé et ne veut pas en dire d'avantage ce jour-là.

Elle ne trouve pas le traitement efficace pour son sommeil. Nous décidons donc, ensemble, de doubler la dose du médicament et de passer à 100 mg d'hydroxizine le soir.

Annabelle se sent toujours anxieuse et agressive. Son discours est émaillé de propos négatifs et d'auto-dévalorisation.

61 **T :** - Nous devons maintenant fixer ensemble une durée d'hospitalisation et des objectifs pour celle-ci...

62 **P :** - Pour la durée, j'ai réfléchi, je pense qu'une semaine serait bien.

63 **T :** - D'accord... un semaine à partir de votre entrée ou...

Définition des objectifs d'hospitalisation : ceux du patient, petits, clairs,

- 64 **P** : - Ah non, une semaine à partir d'aujourd'hui... J'ai besoin d'au moins une semaine pour me reposer et réussir à dormir correctement.
- 65 **T** : - D'accord... une semaine entière pour dormir correctement... Et pour cette semaine, quels autres objectifs vous fixez-vous ?
- Une question plus solutionniste aurait été :
« - A quoi saurez-vous, à la fin de la semaine, que vous avez atteint vos objectifs ? »
- 66 **P** : - Je ne sais pas... je voudrais faire le point parce que j'ai les idées embrouillées sur tout ça...
- 67 **T** : - Vous aimeriez avoir les idées claires...
- 68 **P** : - Oui, c'est ça, les idées claires...
- 69 **T** : - Sur quel point plus précisément... ?
- 70 **P** : - Sur tout... Il faut que je fasse le point sur ma famille... ça ne va pas du tout en ce moment... mes amies, je ne sais plus si je tiens à elles ou pas, si elles peuvent m'aider et si j'ai envie de les revoir... Mon travail, ça ne va pas. J'ai eu des problèmes avec ma patronne et avec des garçons... je ne sais plus vraiment si cela m'intéresse...
- 71 **T** : - Ok... si je comprends bien, dites-moi si je me trompe... en ce moment dans votre vie, il y a plusieurs domaines pour lesquels vous vous posez plusieurs questions...
- 72 **P** : - C'est ça... tous les domaines même... je ne sais plus où j'en suis...
- 73 **T** : - D'accord... alors, pour commencer... quel est le domaine qui est le plus facile à aborder... ou peut-être celui qui est le plus important pour vous ? Quel est celui où vous souhaitez voir une amélioration se produire en premier ?
- 74 **P** : - Euh... peut-être pour ma famille...
- 75 **T** : - Peut-être ?
- 76 **P** : - Oui, ma famille... c'est très important pour moi...
- 77 **T** : - D'accord... et avec quelle personne plus particulièrement dans votre famille souhaitez-vous que les relations s'améliorent ?
- 78 **P** : - Avec ma mère...
- précis, en termes de comportement, réalistes et réalisables... (15)**
- Reformulation positive.**
- Recherche d'objectif précis.**
- Reformulation.**
- Le premier objectif...**
- Le début d'un changement.**
- Encore plus de détails. Orientation sur l'aspect interactionnel.**

79 **T** : - Ok, avec votre mère... Savez-vous déjà ce dont vous avez besoin pour que les relations avec votre mère s'améliorent ?

Le premier pas vers l'objectif.

80 **P** : - J'ai besoin de lui parler mais je n'ose pas...

81 **T** : - Très bien... De quoi avez-vous besoin pour oser parler à votre mère ?

82 **P** : - De confiance en moi... je ne me sens pas assez sûre de moi...

83 **T** : - Ok... et que voudriez-vous lui dire ?

84 **P** : - Je ne sais pas trop encore... je vais y réfléchir...

85 **T** : - Parfait... Donc vous restez hospitalisée une semaine pour vous reposer et dormir correctement, pour retrouver des idées claires sur plusieurs points : les relations avec vos amis, vos collègues de travail... et en priorité celles dans votre famille... surtout vous souhaitez que la relation avec votre mère s'améliore.

Reformulation et rédaction du contrat.

86 **P** : - Oui, ce serait bien...

87 **T** : - Pour cela, vous avez besoin d'avoir plus confiance en vous... et de préparer ce que vous voudriez lui dire...

88 **P** : - Oui... c'est ça.

Il est intéressant de noter que les objectifs d'Annabelle sont en accord avec le premier entretien et le tableau du miracle qu'elle a décrit.

Par contre, pendant qu'Annabelle parlait de sa famille en début d'entretien, j'avais l'impression qu'elle était autocentrée sur des moments négatifs, comme si elle faisait des « arrêts sur images » sans pouvoir prendre du recul. Annabelle est comme « hypnotisée négativement ».

Compte tenu de son objectif de « confiance en soi », et de ses antécédents de passages à l'acte auto-agressifs, je décide lors d'une prochaine rencontre d'organiser avec elle un travail hypnotique de mise à distance des images négatives en lui procurant un « ancrage de sécurité », une place sûre sur laquelle elle pourra s'appuyer en cas de besoin.

Yvonne Dolan précise, à propos des « ancrages de sécurité », que :

« ces associations qui éveillent des sentiments de bien-être et de sécurité peuvent aider (...) [les patientes] à se relier d'une façon positive à leurs ressources intérieures lors de périodes de stress. L'ancrage, une fois qu'il est établi (...) peut offrir une alternative à d'autres manières beaucoup plus dangereuses d'affronter les symptômes douloureux et l'anxiété, (...) comme les tentatives de suicide, l'abus d'alcool et de drogues et d'autres symptômes d'autodestruction. » (21)

Parallèlement, je demande aux infirmiers de remplir une MADRS, avec elle, comme nous avons l'habitude de le faire dans le service, avant de prescrire un traitement antidépresseur à un patient.

L'utilisation que nous faisons ici de la MADRS est particulière puisque c'est le patient qui s'auto-évalue, accompagné par un infirmier. Le but est essentiellement de permettre une comparaison des résultats entre les différents temps d'hospitalisation ou après la sortie, que le patient prenne lui-même conscience de ses progrès. Je garde, à ce propos, toutes les réserves expliquées dans le deuxième chapitre de ce travail, par rapport à l'accent que cette échelle met sur les symptômes.

Je pense qu'Annabelle pourrait profiter d'un traitement antidépresseur. Celui-ci lui a déjà été indiqué mais elle l'a arrêté après seulement 15 jours pour des effets secondaires : tremblement sous paroxétine à 20 mg par jour.

Entre J4 et J8

Deux jours après, Annabelle m'interpelle quant à l'inefficacité du traitement pour son sommeil. Je lui propose une interruption des médicaments et évoque la possibilité d'avoir des entretiens infirmiers la nuit, si elle ne dort pas.

Elle se plaint auprès des infirmiers de ne pas sentir sa plainte au sujet de son sommeil entendue. Elle est demandeuse d'un médicament contre l'anxiété qui l'empêche de s'endormir le soir et la réveille la nuit.

L'hydroxizine prescrite dans ce but ne lui est d'aucune efficacité, même en comprimés de 100 mg. Elle fait des cauchemars et ne parvient pas à se rendormir. Je ne lui prescris donc pas de somnifères qui risquent d'avoir comme effets secondaires l'aggravation des cauchemars. Je ne lui donne pas non plus, volontairement, de benzodiazépines, compte tenu des risques inhérents à ces médicaments : dépendance, surconsommation, désinhibition favorisant un passage à l'acte...

Annabelle fait la sieste tous les après-midis, ce qui l'empêche parfois d'aller aux médiations prévues dans l'unité auxquelles elle s'est pourtant inscrite. Elle n'utilise pas ma proposition d'entretiens infirmiers la nuit.

Elle parle par contre aux infirmiers de jour de souvenirs traumatiques qui reviennent, en ce moment, à sa mémoire et la préoccupent continuellement. Elle ne parvient pas à dire encore ce qu'elle souhaiterait par rapport à cela.

3. EXPERIENCE HYPNOTIQUE CORRECTRICE

Troisième entretien - J8 - Milieu du premier contrat d'hospitalisation

Mon objectif est donc de faire un travail hypnotique avec Annabelle pour l'aider, grâce à un ancrage de sécurité, à avoir une meilleure confiance en elle et, peut-être, à réguler ses troubles du sommeil.

Cependant je ne sais pas avant l'entretien si elle sera dans de bonnes dispositions pour cela. J'entre donc moi-même en transe dès le début de notre rencontre pour favoriser un contexte propice et me mets dans une attitude d'écoute, prête à utiliser ce qu'Annabelle va me proposer. (106) (62)

Zeig, reprenant les propos d'une communication personnelle de Gilligan définit la transe du thérapeute, comme une transe orientée vers l'extérieur, contrairement à celle du patient qui l'est sur ses processus internes. C'est un état qui permet d'être prêt à répondre, à utiliser tout ce qui se passe dans la séance. (106)

Cet entretien n'est pas à proprement parlé un entretien solutionniste. J'ai plutôt utilisé des techniques hypnotiques. J'ai fait le choix de le présenter tout de même pour la cohésion d'ensemble de cet exposé clinique et parce que je pense qu'Annabelle y a fait une expérience importante. Elle m'en a spontanément reparlé plusieurs jours après.

La MADRS a été évaluée à 29⁹ la veille.

Annabelle commence cette séance en parlant de ses troubles du sommeil. Elle ne souhaite pas s'entretenir avec les infirmiers la nuit quand elle ne parvient pas à dormir et est demandeuse d'un traitement efficace qu'elle accepte de prendre sur plusieurs mois si elle n'a pas d'effets secondaires. Je lui propose donc de débiter un traitement antidépresseur sédatif. Je lui prescris de la miansérine, 60 mg au coucher. J'interroge ensuite Annabelle sur le déroulement de ses journées...

- 1 **P** : - Ça va mal, je pense tout le temps à mes problèmes, je suis mal, je me sens angoissée...
- 2 **T** : - Tout le temps ?
- 3 **P** : - Quasiment.
- 4 **T** : - Quasiment... ok, alors parfois, ça va...
- 5 **P** : - Oui, parfois... à certains moment, j'arrive à ne pas penser à

Recherche d'une variation dans le temps.

⁹ Il s'agit d'une auto-évaluation. Nous ne pouvons donc pas réellement comparer ce résultat avec ceux habituels des MADRS. Nous les rappelons ici tout de même pour mémoire : score inférieur à 10 : absence de dépression, de 10 à 25 : épisode dépressif léger à modéré, 25 à 35 : épisode dépressif moyen à sévère, au-delà de 35, épisode dépressif grave. Dans notre cas, il sera plus intéressant de comparer ce résultat aux autres auto-évaluations de la patiente.

des idées noires, à tous mes problèmes... mais ça revient... j'ai des flashes... la nuit, je fais des cauchemars...

Annabelle est tendue et manifestement préoccupée... elle lutte contre les larmes... elle semble envahie par des émotions difficiles à gérer pour elle.

J'oriente alors cette séance vers une expérience hypnotique agréable pour mettre à distance des flash-back. J'accompagne Annabelle pour une « expérience corporelle correctrice. »

Je modifie d'emblée le ton de ma voix (plus basse, plus lente, plus grave) et m'accorde sur un mode non verbal avec elle bien avant de lui parler de l'exercice que je vais lui proposer.

6 **T** : - D'accord... je sens votre cauchemar... il est là... ok... demandez-lui de nous laisser un moment... on va s'occuper de lui... dans quelques minutes... qu'il attende son tour...

Ton hypnotique.

7 **P** : - Il peut attendre comme ça ?

8 **T** : - Le lui avez-vous demandé ? Que dit-il ?

9 **P** : *Elle bouge sur sa chaise... réfléchit un instant - Il n'est plus là...*

Annabelle vient de faire sa première expérience de contrôle sur les flash-back. Je note l'élément kinesthésique qui lui a permis de vérifier que le cauchemar est parti.

10 **T** : - Super... qu'il attende... Quand vous arrivez à ne pas penser aux idées noires, à quoi pensez-vous ?

Exception.

11 **P** : - A rien de spécial... je sais pas... ça s'arrête... d'un coup... puis ça revient, je sens que ça revient, et ça me fait peur...

Annabelle a identifié une exception qui apparaît spontanément. Elle sait aussi anticiper l'apparition du problème.

12 **T** : - Ça c'est intéressant, vous sentez quand ça revient...

Détails.

13 **P** : - Oui. Je sais... quand je suis seule, ou quand je vais à la cave, s'il fait noir, quand je suis dehors, j'ai peur... j'ai tout le temps peur...

14 **T** : - D'accord, vous connaissez les situations qui sont moins faciles

Reformulation :
« j'ai peur »

- pour vous.
- 15 **P** : - Oui. Là, dans l'unité ça va... mais il faut que j'aie en permission, que je sorte. Je ne vais pas rester ici tout le temps...
- 16 **T** : - Bien sûr... c'est courageux d'oser aller en permission tout en ayant peur... Je crois que vous êtes déjà allée en permission...
- 17 **P** : - Oui...
- 18 **T** : - Et alors ?
- 19 **P** : - C'était pas très long... ça a été... Pas longtemps.
- 20 **T** : - C'est un début... un début agréable...
- 21 **P** : - J'aimerais y aller plus longtemps... avoir moins peur.
- 22 **T** : - D'accord... Vous disiez, là, dans l'unité, ça va ?
- 23 **P** : - Oui, ça va mieux. Je me sens plus confiante, oui, oui...
- 24 **T** : - C'est super...
- devient « moins facile ».**
- Compliment et recherche d'exceptions.**
- Encouragement.**

Selon O'Hanlon et Weiner-Davis,

« on peut utiliser l'hypnose orientée vers la solution pour aider le sujet à se remémorer des expériences pouvant servir de références pour construire les savoir-faire nécessaires à la résolution des difficultés actuelles. » (62)

Cette séance a donc pour but de créer des ressources pour Annabelle, de favoriser un apprentissage en lui remémorant des expériences positives de son passé.

Introduction de l'exercice. Je propose à Annabelle un travail en trois temps :

- le premier où elle se confronte à son expérience désagréable actuelle (les cauchemars) pour en connaître toutes les caractéristiques utiles ;*
- le deuxième où elle revit un souvenir agréable comme expérience positive sur laquelle elle peut s'appuyer ;*
- le troisième temps, qui commence à la fin de la séance et se poursuit bien après, où elle intègre les différents éléments de l'ensemble de cette expérience.*

Cette technique repose sur l'idée qu'en modifiant le niveau de conscience d'un individu (ce que je fais en introduisant un état hypnotique), celui-ci peut découvrir une dimension nouvelle à son problème, peut transposer ses expériences positives dans ses difficultés actuelles. (48) Il s'agit de créer un pont entre le vécu angoissant et les ressources de la personne. C'est en partie parce qu'actuellement, cette communication est coupée, qu'Annabelle est aussi mal. Elle n'a plus accès à ses compétences et savoir-faire.

Pour cela, les sensations désagréables, identifiées dans la première phase du travail, sont mises en correspondance avec celles, agréables, de la deuxième étape. Le but est la réassociation, des sensations perturbantes avec celles qui sont rassurantes, lors d'un « tissage sensoriel ». (48)

J'ai pris un risque en faisant cette séance que j'ai, en fait, abordée à l'envers. J'aurais dû, dans le premier temps, construire *une place sûre* pour Annabelle en recherchant un souvenir agréable. Ce n'est qu'ensuite que j'aurai dû travailler sur le cauchemar, en lui indiquant la possibilité, à chaque instant, si la confrontation était trop difficile, de retourner dans sa place sûre.

Les ressources des clients doivent être explorées en premier pour leur donner *ensuite* les moyens d'affronter leurs problèmes ou de construire leurs solutions (et non pas l'inverse !)

Malgré cette inversion des deux temps de la séance, cela c'est assez bien passée pour Annabelle. Mais une autre personne aurait pu se sentir déstabilisée et j'ai pris des risques inutilement.

25 **T** : - J'aimerais bien vous proposer un exercice pas très facile...

26 **P** : - Pour quoi faire ?

27 **T** : - Pour... disons... apprivoiser les idées noires ?

28 **P** : - Si ça marche, ce serait bien...

29 **T** : - Oui, ça va être bien... Je m'aperçois que vous savez déjà les apprivoiser... parfois, elles vous laissent en paix... dans l'unité par exemple...

30 **P** : - Oui, mais pas tout le temps hein... ici aussi ça va mal.

Annabelle souligne combien elle va mal...

31 **T** : - D'accord... parfois seulement... vous savez les apprivoiser... et vous ne savez pas comment vous faites.

Validation.

32 **P** : - Non, je sais pas... je pense à autre chose... mais parfois, ça marche pas.

33 **T** : - Vous pensez à autre chose... parfois ça marche... parfois ça ne marche pas... vous savez ça... et vous connaissez aussi les situations... où vous êtes en confiance... et celles qui sont moins faciles pour vous... Vous savez déjà tout ça... vous savez aussi beaucoup d'autres choses... des choses utiles... peut-être vous ne savez pas encore que vous les savez... pendant que vous êtes là assise... tranquille... votre esprit intérieur qui sait tout ça... se prépare pour faire l'exercice avec vous...

Mobilisation des ressources.

34 **P** : - ...

35 **T** : - Etes-vous prête ?

36 **P** : - ... C'est quoi, un exercice pas très facile ?

Précaution : J'insiste sur le fait que la première phase est parfois émotionnellement plus intense et je la préviens que cela peut être désagréable.

Rossi précise bien que :

*« si les patients ne sont pas traumatisés à nouveau lorsqu'ils retrouvent leurs souvenirs liés à l'état, c'est peut-être parce que j'observe toujours très soigneusement, pour les utiliser de manière thérapeutique, les indices minimaux qui transparaissent sur le visage et dans le langage corporel des patients. Lorsque des signes de colère, de douleur ou de n'importe quel type d'émotion négative apparaissent clairement, je manifeste toujours ma sympathie, tout en restant dans le contexte du recadrage thérapeutique, qui stimule les ressources intérieures de maîtrise de soi, de résolution de problème et de guérison du patient. »
(71)*

Je fais donc extrêmement attention à toutes les manifestations non verbales d'Annabelle et m'accorde sur ces signaux.

37 **T** : - C'est que... peut-être ce ne sera pas agréable au début... vous savez, quand on apprivoise un animal sauvage... c'est utile de bien le connaître... de prendre son temps... de l'étudier... de l'observer... il peut être agressif ou méchant... Et après... après tout le travail qu'on a fait avec lui... on le connaît bien... il est doux... coopérant... il peut rendre service... ou être simplement agréable...

38 **P** : - D'accord... donc, au début ça va être dur... mais après, ça ira mieux...

39 **T** : - Voilà...

40 **P** : - Ok, on y va...

41 **T** : - Bien... alors vous êtes là... dans le bureau... confortablement assise sur la chaise... votre esprit intérieur est prêt à vous aider... et je vous demande de faire revenir le cauchemar...

42 **P** : - Oh, non... pas ça... *geste de découragement et de repli...*

43 **T** : - Je suis là, avec vous... je vous accompagne... pour dresser les animaux... il faut bien les connaître...

44 **P** : - C'est dur...

45 **T** : - Oui, ce n'est pas facile...

1^{er} temps :

Reformulation :
**« dur » devient
« pas facile ».**

D'une manière non verbale, Annabelle me signale que le cauchemar ou en tous cas des pensées désagréables sont présentes... Elle est plus agitée, le visage contracté et semble de nouveau lutter contre les larmes...

J'évoque les éléments rassurants du contexte actuel et lui propose un technique de dissociation : la possibilité de simplement regarder sur un écran de cinéma.

- 46 **T** : - Je suis là... vous êtes assise sur la chaise dans le bureau... à l'hôpital... et vous êtes en sécurité... à tout moment... comme tout à l'heure... vous pouvez demander au cauchemar de partir... et peut-être... pendant qu'il est là... votre esprit intérieur peut ressentir ce qui est utile... voir... sur un écran... comme au cinéma... simplement regarder... ce qui se passe...
- Annabelle reste dans son ressenti désagréable qu'elle semble accepter et me décrit son cauchemar...*
- 47 **P** : - J'entends des cris... stridents... du verre cassé... comme si on cassait un verre... plein de cris... comme si c'était ma sœur...
... .. *Annabelle s'arrête...*
- 48 **T** : - D'accord... vous êtes toujours là, dans le bureau, assise... et simplement votre esprit intérieur regarde... sur un écran... entend... des cris... du verre cassé... votre sœur...
- 49 **P** : - Je vois des ombres... autour de mon lit, la nuit... il y a des ombres... je sais bien qu'il n'y a personne... mais j'ai peur... peur des ombres... je me réveille tout le temps pour vérifier qu'il n'y a personne...
- 50 **T** : - D'accord... Cette peur, où la ressentez-vous dans votre corps ?
- 51 **P** : - Je suis angoissée... *elle pose la main sur sa poitrine...* dans ma poitrine... je suis oppressée...
- 52 **T** : - D'accord... *je fais le même geste qu'elle...* dans votre poitrine... que pensez-vous de vous-même à ce moment-là ?
- 53 **P** : - Je sais pas... ça va pas... je vois la maison qui brûle... j'ai peur que la maison brûle... je deviens folle...
- 54 **T** : - Vous devenez folle... ok... Bravo... vous avez été très courageuse... c'est fini... vous pouvez éteindre l'écran de cinéma... revenir ici et maintenant... vous savez ce que vous

Dissociation.

devez savoir... et votre esprit intérieur va vous aider...
maintenant... la partie désagréable est terminée...

La validation du courage à affronter son souvenir est une bonne chose qui clôt la représentation négative mais l'expression « vous devenez folle » aurait pu l'ancrer dans son malaise si je n'avais pas interrompu la partie désagréable à ce moment.

Annabelle a raconté son cauchemar... J'ai noté des éléments

- *auditifs : cris stridents, verre cassé,*
- *visuels : ombres, maison qui brûle,*
- *kinesthésiques : oppression thoracique.*

La peur est localisée dans sa poitrine et une pensée négative : « je deviens folle » est associée à cette scène.

Je laisse du temps à Annabelle pour reprendre ses esprits... et j'enchaîne à la recherche d'une expérience positive. De manière symétrique, je m'intéresse au repérage des éléments sensoriels agréables, à l'émotion et à la pensée positive venant corriger ceux du flash-back.

55 **T** : - Demandez à votre esprit intérieur de me faire un signe quand il est prêt à faire une expérience agréable ...

Annabelle s'installe plus confortablement dans le fauteuil, se détend... je considère que c'est le signal que je lui ai demandé...

56 **T** : - Très bien... laissez maintenant venir un souvenir agréable...

2^{ème} temps :

57 **P** : - C'est dur... un souvenir vraiment agréable... ?

58 **T** : - Oui... un souvenir agréable... ce qu'il y a d'agréable dans un souvenir... n'importe lequel... simplement laissez votre esprit intérieur prendre le temps... nécessaire... peut-être qu'il voit plusieurs souvenirs... le temps de choisir...

59 **P** : - Avec mon père, ça va pas... il me fait trop peur parfois... il crie... ..

60 **T** : - D'accord... quoi d'autre alors ?

61 **P** : - Je ne sais pas... Quand j'avais 12 ans, j'étais à Rennes... ..
...

62 **T** : - D'accord... un souvenir à 12 ans à Rennes, prenez le temps pour bien revivre ce souvenir... *Je fais une pause car je*

*remarque qu'Annabelle est plongée dans son souvenir... ..
elle fronce les sourcils... Juste ce qui est agréable... votre esprit
intérieur qui voit et ressent tout le souvenir peut choisir de
revivre juste ce qui est utile pour vous aujourd'hui... elle
change un peu de position... Très bien... ce qui est agréable et
confortable... simplement... choisir ce qui est plaisant... et
apaisant... et vous pouvez parler... tout en continuant à profiter
de ce moment... me dire juste ce qui est nécessaire pour que je
puisse bien vous accompagner...*

63 **P** : - Je suis avec mon père... enfin, Jean-Marie, mon deuxième
beau-père...

64 **T** : - Oui...

65 **P** : - C'est un week-end, un samedi... et il tond la pelouse...

66 **T** : - D'accord... vous avez 12 ans, vous êtes avec votre
beau-père... Jean-Marie... il tond la pelouse... vous revivez
tout ça... tout ce qui est agréable et confortable pour vous...
votre esprit intérieur sait ce qui est utile pour vous aujourd'hui
pendant que vous revivez ce souvenir... Qu'est-ce que vous
faites ?

67 **P** : - Je lis un livre... dans le salon... parfois dans le jardin...

68 **T** : - Ok... et que ressentez-vous ?

69 **P** : - Je sens l'odeur de la pelouse coupée... c'est ça que j'aime
vraiment... cette odeur... il fait frais... c'est le matin... il y a un
peu de soleil... et l'odeur de la pelouse...

*Je poursuis en effectuant un saupoudrage sur les
différents canaux sensoriels du souvenir agréable et plus
particulièrement sur l'expression « l'odeur de la pelouse
coupée » car il n'y a pas d'élément olfactif dans le
cauchemar décrit par Annabelle.*

70 **T** : - C'est très bien... vous prenez le temps nécessaire pour bien
vous imprégner de toutes ces sensations agréables... le soleil...
la fraîcheur du matin... l'odeur de la pelouse coupée... cette
odeur si agréable... si confortable pour vous... tout en vous
laissant guider par votre esprit intérieur... qui sait ce qui est

bien pour vous... vous êtes assise ici dans cette pièce... tout en lisant un livre dans le salon... quand vous aviez 12 ans... à Rennes... ou peut-être dans le jardin... Jean-Marie tond la pelouse et vous ressentez la fraîcheur du matin... le soleil... et l'odeur de la pelouse coupée... *Je fais une pause pour permettre à Annabelle de retrouver et de profiter de toutes ces sensations... quand je vois qu'elle bouge un peu je reprends...*
Qu'est-ce que vous pensez sur vous-même en ce moment ?

71 P : - En ce moment ?...

72 T : - Oui... pendant que vous pensez et revivez ce moment particulier...

73 P : - J'ai de l'espoir...

74 T : - Oui... de l'espoir... ?

75 P : - D'être normale... je me dis que je suis normale...

« être normale » me convient par opposition à « je deviens folle. »

76 T : - Oui, vous êtes normale...

77 P : - Je suis heureuse...

78 T : - C'est très bien... votre esprit intérieur sait maintenant... chaque fois que vous en avez besoin... vous pouvez retrouver ce souvenir agréable... ressentir simplement l'odeur de la pelouse coupée et vous sentir bien... agréablement bien... instantanément... peu importe la situation où vous vous trouvez... chaque fois que c'est nécessaire pour vous... l'odeur de la pelouse coupée... être normale... être heureuse... *Spontanément, Annabelle s'étire et sort de la transe... souriante...* Comment vous sentez-vous ?

Ancrage et suggestion post hypnotique.

79 P : - Ça va... Ça va bien...

L'ancrage est défini par Michel Kerouac comme :

« un processus d'association entre un stimulus sensoriel spécifique et une réponse donnée, qui crée une relation de cause à effet. » (48)

Ici l'ancrage est l'odeur de la pelouse coupée, qui sert de rappel pour toutes les sensations agréables qui lui sont liées. Il devient pour Annabelle une ressource qu'elle est invitée à utiliser chaque fois que c'est

nécessaire.

Pour favoriser l'utilisation de ce souvenir ressource, j'aurai pu lui associer un ancrage corporel, comme *la fermeture des yeux*, d'autant qu'Annabelle utilise facilement son canal kinesthésique. J'aurais pu dire par exemple :

« Simplement comme ça... en fermant les yeux... vous ressentez cette odeur de pelouse coupée... vous vous sentez bien... agréablement bien... »

80 **T** : - Très bien... C'est super... Vous pouvez faire revenir le cauchemar, maintenant...

81 **P** : - Oh non, ça suffit.

82 **T** : - C'est important vous savez... faites le maximum pour qu'il revienne...

83 **P** : *Annabelle se concentre de nouveau... tête baissée quelques instants... puis elle me regarde... - Non, j'y arrive pas...*

84 **T** : - Ok, c'est bien... gardez votre souvenir agréable avec vous, partout où vous allez... simplement l'odeur de la pelouse coupée...

85 **P** : - D'accord... je préfère ça !

Annabelle vient de faire une nouvelle expérience... même si elle se concentre de toutes ses forces son cauchemar ne revient pas... En tous cas, elle n'est plus envahie, malgré elle par des émotions pénibles comme c'était le cas en début d'entretien.

86 **T** : - Si vous le souhaitez, maintenant, vous allez écrire une histoire... sur tout ce qui vient de se passer pour vous... une histoire qui vous rappellera ce travail... qui vous rappellera que, désormais, vous savez apprivoiser les cauchemars... une histoire que vous pourrez relire plus tard... n'importe quand...

87 **P** : - Là, maintenant ?

88 **T** : - Après l'entretien, vous pouvez l'écrire quand vous voulez... tout de suite ou un peu plus tard dans la journée...

89 **P** : - D'accord.

Vérification du travail.

**3^{ème} temps :
Prescription de tâche.**

Choix illusoire sur le moment pour faire la tâche.

Entre J8 et J11

Annabelle m'interpelle deux jours après dans les couloirs avec le sourire pour me dire qu'elle a écrit son histoire... Je la félicite.

Elle ne se plaint plus de son sommeil et dit aux infirmiers être très satisfaite de son nouveau traitement qu'elle veut poursuivre pendant quelques temps.

Elle n'a que peu de contacts avec sa famille qui semble assez distante. Elle ne s'en plaint pas et fait bien face à cette situation.

4. L'AUGMENTATION DES CHOIX

Quatrième entretien - J11 - Fin du premier contrat d'hospitalisation

Cet entretien a pour but de faire le point avec Annabelle par rapport aux objectifs qu'elle a fixés en début de semaine et de programmer avec elle la suite de la prise en charge : poursuite de l'hospitalisation, relais en séances d'hôpital de jour ou en consultations ambulatoires.

- | | |
|--|--|
| 1 T : - Nous faisons aujourd'hui le bilan de cette semaine, pour savoir où vous en êtes par rapport à vos objectifs. | |
| 2 P : - Je vais mieux. Je vais beaucoup mieux. | |
| 3 T : - C'est très bien, je suis contente pour vous... A combien êtes-vous sur l'échelle de 0 à 10 où 0 correspond à ... | Compliment et échelle du progrès. |
| 4 P : - Oui, oui, je me souviens... A 6 ~ 7. | |
| 5 T : - C'est bien plus haut que lors de votre arrivée... | |
| 6 P : - Ah oui, je vais vraiment mieux... je dors bien. | |
| 7 T : - D'accord... alors, votre premier objectif qui était de vous reposer et de dormir correctement... Entre 0, il n'est pas du tout atteint et 10, il est totalement atteint. A combien le situez-vous ? | Reprise des objectifs et échelle de réussite. |
| 8 P : - A 8 parce que je dors bien, c'est vrai, je me suis un peu reposée aussi mais il faut encore que je me repose, que je reste quelques nuits à l'hôpital. | |
| 9 T : - Je vois que vous savez ce que vous voulez et ce qui est bon pour vous... De combien de nuits pensez-vous avoir encore besoin ? | Compliment. |
| 10 P : - Ça je ne sais pas... c'est mon problème... je n'arrive pas à décider combien de temps je dois rester... j'ai très peur de l'entretien familial... | |
| 11 T : - Nous pouvons vous accompagner pour cet entretien, nous en parlerons tout à l'heure... Mais, dites moi : à quoi voyez-vous que vous allez mieux ? | Réassurance
Orientation vers les améliorations. |
| 12 P : - Je dors bien... vraiment bien... avec le traitement, c'est parfait. Merci, vraiment, merci. C'est ce qu'il me fallait. Je ne fais plus de cauchemar. | |

13 **T** : - Très bien... tant mieux... Qu'avez-vous remarqué d'autre ?

14 **P** : - Je suis allée en permission avec ma cousine ce week-end... ça s'est vraiment bien passé. Nous avons discuté de plein de choses et ça a été très agréable pour moi. Nous sommes restées sur Nantes et je n'ai pas vu mes parents comme c'était prévu au départ... ils devaient m'appeler... mais je n'ai pas de nouvelles. Je suis inquiète pour l'entretien familial. Qu'est-ce que je vais leur dire ?

Annabelle appréhende l'entretien familial.

15 **T** : - Vous allez préparer ce que vous voulez dire à vos parents lors de l'entretien... cela fait partie de l'aide que nous pouvons vous apporter... Avant cela, dites moi, pendant votre permission de deux jours avec votre cousine... qu'est-ce qui était différent ?

Réorientation vers les solutions.

16 **P** : - C'est un peu bizarre... disons que j'avais toujours très peur d'être dehors, mais je ne voyais pas ça pareil. Je ressentais plus de courage pour affronter les gens dans la rue.

La vision du monde d'Annabelle est en train de changer...

17 **T** : - Plus de courage... c'est super ça ...

Félicitations.

Est-ce que ça veut dire que vous avez plus confiance en vous ?

Cette dernière question est maladroite. J'induis un lien entre le courage et la confiance en elle. Je pose une question fermée.

J'aurais pu demander :

« *Qu'est-ce qui est différent pour vous quand vous ressentez plus de courage ?* »

ou

« *Qu'est-ce que cela vous permet de faire, de ressentir plus de courage ?* »

ou

« *Comment ressentez-vous ce courage en vous ?* »

Je l'aurais alors laissée seule activer le processus.

18 **P** : - Sûrement un peu, mais pas encore assez... il y a la patronne de mon stage qui m'a téléphoné pour râler parce que je ne peux pas faire les extras comme prévu le week-end prochain... Qu'est-ce qu'elle va penser de moi ? Ça m'inquiète parce que je dois travailler là-bas, cet été, pendant deux mois.

Annabelle oriente elle-même ses propos vers le futur.

19 **T** : - Ah bon... mais alors, qu'allez-vous faire ?

Capacités à faire

- 20 **P** : - Je ne sais pas... en tous cas je n'ai pas très envie d'y aller parce que j'ai eu un problème avec un autre serveur... **face.**
- Annabelle est en train de citer des problèmes qu'elle a eus pendant son stage alors qu'elle a, lors du premier entretien, évalué ce stage comme une exception à 8 ~ 9 sur l'échelle du progrès. Je pense que c'est intéressant de le lui faire remarquer. J'accepte d'abord les problèmes...*
- 21 **T** : - La patronne qui râle... un problème avec un serveur...
- 22 **P** : - Pff, c'est dur...
- Puis je rappelle l'exception...*
- 23 **T** : - Pourtant vous aviez passé un excellent stage...
- 24 **P** : - C'est vrai... avec des hauts et des bas... mais quand même avec le serveur c'était dur... .. Il m'a agressée... il m'a fait très peur... il a voulu me forcer à l'embrasser... alors que je ne voulais pas... en plus, quand j'en ai parlé aux autres... personne ne m'a crue... Ils ont dit que je l'avais cherché, ça les a fait bien rire...
- 25 **T** : - Personne ne vous a cru ?
- 26 **P** : - Enfin si, une fille... elle m'a réconfortée... de toute façon, il arrêtait son stage juste après, il est parti et ça s'est arrangé. **Reformulation de la généralisation « personne ne m'a cru ».**
- Annabelle a mis en évidence un problème résolu.*
- 27 **T** : - Tant mieux ! Comment avez-vous fait pour que ça s'arrange ? **Son rôle dans la résolution du problème.**
- 28 **P** : - Je ne sais pas trop... j'aime pas qu'on pense du mal de moi... j'ai pu parler avec eux et ils ont compris que c'est lui qui avait un problème et pas moi...
- 29 **T** : - Bravo... Vous savez parler aux gens et arranger la situation... **Ratification.**
- 30 **P** : - Oui, mais quand même, la patronne, elle n'est vraiment pas sympa...
- 31 **T** : - Vous connaissez des patrons sympas avec leurs employés, dans le milieu de l'hôtellerie ?
- 32 **P** : - Oui, l'autre bar où je travaille parfois, il est vraiment plus cool avec nous...
- 33 **T** : - Ah bon... Alors vous avez la possibilité de travailler dans un autre bar où le patron est vraiment plus cool... **Augmentation des choix.**

- 34 **P** : - Pas vraiment... ça ne se fait pas de rompre un contrat...
- 35 **T** : - *marque d'étonnement...* Alors ?
- 36 **P** : - De toute façon il me faudra un travail cet été...
- 37 **T** : - Bien sûr... Celui-là avec la patronne pas sympa ou un autre...
Que pourriez-vous faire d'autre ?
- 38 **P** : - J'aimerais bien être jeune fille au pair...
- 39 **T** : - Ça alors... connaissez-vous les démarches pour être jeune fille au pair ? **Détails.**
- 40 **P** : - Il faut que je me renseigne... J'ai une copine qui veut faire ça cet été qui sait comment on doit s'y prendre... Je la verrai lors de ma prochaine perm...
- 41 **T** : - Très bonne idée... **Encouragement.**
- 42 **P** : - Mais j'ai toujours peur d'aller en perm... avec ma cousine, j'ai eu très peur. Il y a un homme, samedi soir, qui nous a suivies un moment dans la rue puis qui nous a appelées... j'ai vraiment eu peur...
- 43 **T** : - Oui, il faut avoir peur dans ces moments-là, quand vous êtes vraiment en danger, c'est très utile d'avoir peur... ça permet de savoir qu'on est en danger et de se protéger... Qu'avez-vous fait pour vous protéger ? **Recadrage de la peur (quelque chose d'utile dans certains contextes).**
- 44 **P** : - Nous nous sommes mises à courir et nous sommes parties plus loin. Il ne nous a pas suivies. Moi j'ai aussi crié, je lui ai dit de partir... **Mise en évidence d'autres ressources.**
- 45 **T** : - Et ça a marché.
- 46 **P** : - Oui.
- 47 **T** : - C'est super... **Validation.**
- 48 **P** : - Oui, mais je me sens coupable d'être hospitalisée alors qu'on a besoin de moi dans le bar... Ma patronne, elle n'a pas l'air de comprendre, c'est comme mon beau-père, ils croient que je fais exprès d'être malade... Mon beau-père ne voulait pas que je sois hospitalisée... lui, il est allergique à la psychologie, c'est un « dur »... il a dit qu'il détestait les psychiatres... Ça m'énerve, vraiment, ça m'énerve...

- 49 T : - Que devraient-ils penser plutôt ?
- 50 P : - Que j'y peux rien... ça ne m'amuse pas moi d'être hospitalisée...
- 51 T : - Vous pouvez sortir aujourd'hui, si c'est important d'aller travailler...
- 52 P : - Ah non, je suis venue ici pour me soigner... j'ai encore besoin de rester... ça je le sais...
- 53 T : - Alors, vous choisissez ce qui est bon pour vous, être hospitalisée, plutôt que d'écouter ce que disent les autres...
- 54 P : - Oui... je saurai bien les convaincre que je ne peux pas faire autrement et que j'en ai besoin...
- 55 T : - Ça, c'est quelque chose que vous savez bien faire... convaincre les gens... ça va vous aider lors de l'entretien familial... Votre dernier objectif était que les relations avec votre mère s'améliorent...
- 56 P : - Oui, et ben, ce n'est pas fait ! Je n'ai pas eu de nouvelles pendant toute la semaine. Elle m'a seulement appelé très rapidement pour dire qu'elle rappellerait. Je devais les voir ce week-end, mais ils ne sont pas venus à Nantes et moi je n'ai pas de voiture pour aller à Ancenis... J'ai vraiment peur...
- 57 T : - Qu'est-ce qui est important pour vous lors de cet entretien ?
Annabelle évoque alors plusieurs types de regrets : les absences de sa mère pour des hospitalisations dans son enfance et la période où elle a vécu chez ses grands-parents avec ses sœurs ; son père qu'elle ne voit plus ainsi que le fait d'avoir ses trois beaux-pères ; sa chambre qui est occupée par son petit frère de trois ans dès qu'elle ne dort pas chez ses parents... et elle ajoute :
- 58 P : - Je voudrais leur parler d'un truc qui s'est passé quand j'étais petite...
- 59 T : - Ah bon ...
- 60 P : - Enfin... vous êtes tenue au secret médical ?
- 61 T : - Oui, bien sûr... tout ce que vous dites à l'équipe est protégé par ce secret...

Le choix comme une ressource.

Compliment.

62 **P** : - D'accord... parce que je ne voudrais pas tout leur dire, pas tout de suite, en tout cas...

63 **T** : - ...

64 **P** : - Voilà... j'ai été agressée quand j'avais neuf ans par mon cousin...

65 **T** : - Agressée ?

66 **P** : - Oui, enfin je ne me rappelle pas tout... je n'en ai jamais parlé avant parce que je ne m'en souvenais pas... C'est revenu progressivement récemment... Il m'a demandé de venir jouer avec lui dans la chambre... chez mes grands-parents... ..

Annabelle manifeste par des signes corporels qu'elle est confrontée à des souvenirs émotionnellement douloureux. Je poursuis sur un ton hypnotique en dissociant ce passé dangereux de l'instant présent où elle est en sécurité.

67 **T** : - Vous savez que vous êtes aujourd'hui à l'hôpital... en sécurité... que vous avez 19 ans... et que vous nous racontez... un épisode de votre enfance... qui s'est passé lorsque vous aviez 9 ans... que vous pouvez choisir de dire ce qui est utile pour vous aujourd'hui... seulement ce que vous avez besoin de dire... ou de ne pas dire...

Dissociation.

Annabelle se tait un moment puis reprend :

68 **P** : - Il avait treize ans... j'ai eu très peur... je ne voulais pas aller avec lui... je ne savais pas ce qu'il voulait... il m'a dit de me déshabiller... je ne comprenais pas pourquoi... j'avais froid... il s'est allongé sur moi... il était lourd... très lourd... ..

69 **T** : - Et aujourd'hui, vous vous souvenez de ça.

Validation.

70 **P** : - Oui, je voudrais en parler avec mes parents... mais pas tout leur dire... juste leur dire que j'ai été agressée lorsque j'avais neuf ans... Comme ça, ils comprendront... ils sauront pourquoi je vais mal... moi non plus, je ne savais pas avant... Maintenant je sais.

71 **T** : - Si je comprends bien... dites-moi si je me trompe... vous pensez que si vous alliez mal il y a quelque mois, c'est parce que vous avez été agressée par votre cousin quand vous aviez neuf ans...

Reformulation de sa croyance.

72 **P** : - Oui... c'est pour ça que je faisais des cauchemars, que j'ai si

peur des garçons, que j'ai peur dans la rue tout le temps et que je n'ai pas confiance en moi...

73 **T** : - Bon... mais alors maintenant... que vous vous souvenez de ça... que vous dormez bien... que vous vous sentez plus confiante... que vous avez plus de courage pour affronter les gens dans la rue... que vous savez parler aux gens pour arranger les situations... qu'est-ce qui est différent ?

74 **P** : - Ce sera différent quand mes parents le sauront eux aussi, ils pourront me comprendre... J'ai peur de leur dire... peur qu'ils ne me comprennent pas...

Annabelle insiste sur la nécessité que ses parents la comprennent pour qu'elle aille mieux. Je sais que cela lui a déjà été utile plusieurs fois : avec sa mère et avec les autres serveurs du café.

Mettre en évidence qu'elle sait parler aux gens et les convaincre ne semble pas entamer son pessimisme par rapport au déroulement de l'entretien familial.

Je change donc de tactique et adopte volontairement un ton un peu provoquant avec elle pour la mobiliser sur les choix qui s'offrent à elle. Je recadre la charge émotionnelle liée à l'entretien familial. Je me montre plus pessimiste qu'elle.

75 **T** : - Bien sûr, on ne peut jamais être sûr que nos parents vont nous comprendre, surtout qu'en ce moment votre mère ne vous écoute plus, que vous vous disputez souvent avec elle et que votre beau-père a toujours été très opposé à la psychologie... je me demande si vous n'avez pas raison d'avoir peur et si c'est vraiment une bonne chose d'essayer de leur parler de tout ça... ils n'ont pas l'air d'avoir envie de vous entendre...

76 **P** : - Si, si, il faut que je leur parle... c'est trop important pour moi...

Cette nouvelle attitude semble être plus efficace, je continue sur la même voie.

77 **T** : - Vraiment, vous êtes très courageuse... moi, à votre place, je ne sais pas si j'oserais...

78 **P** : - Moi, je les connais bien... ils vont m'écouter...

79 **T** : - Ok, c'est à vous de voir...

80 **P** : - J'ai encore du temps pour le préparer...

Reformulation en insistant sur les ressources d'Annabelle aujourd'hui et en cherchant en quoi cela peut l'aider de savoir pourquoi elle va mal.

Ouverture des choix concernant l'entretien familial.

81 **T** : - Si vraiment vous souhaitez parler de tout ça à vos parents, vous pourrez demander à un infirmier de vous aider à faire la liste des choses que vous avez à dire...

82 **P** : - Oui, c'est une bonne idée, ça m'aidera à m'en souvenir...

*Désormais, l'entretien familial n'est plus une corvée angoissante imposée par le service mais le choix fait par Annabelle de parler à ses parents.
Je termine l'entretien avec la rédaction du contrat.*

83 **T** : - Très bien... Alors, maintenant nous devons noter vos objectifs et la durée de votre hospitalisation...

84 **P** : - Oh, là, là... Bon, les objectifs, c'est d'avoir encore plus confiance en moi et de réussir à parler à mes parents en entretien familial... sans me mettre en colère...

Je n'ai pas précisé ni quantifié cet objectif.

85 **T** : - Ah bon, en plus avec tout ce que vous avez à dire, vous ne voulez pas vous mettre en colère...

86 **P** : - Oui, parce que quand je me mets en colère, je ne sais plus ce que je dis, je dis n'importe quoi...

87 **T** : - D'accord, c'est bien d'en avoir conscience... je vous propose d'aller à la médiation « relaxation » qui a lieu dans le service et je voudrais que vous fassiez très attention, pendant la séance, pour me dire ensuite si cela vous a aidé à vous sentir... plus calme ou plus confiante... C'est important parce que c'est quelque chose que je n'arrive pas à savoir, si les séances de relaxation rendent... plus calme ou plus confiante...

Prescription d'une expérience avec choix illusoire concernant l'amélioration que procurera cette expérience.

Saupoudrage du calme et de la confiance.

88 **P** : - Je vais essayer...

89 **T** : - C'est vraiment important... vous allez à la séance et vous me dites si ça vous rend... plus calme ou plus confiante...

90 **P** : - D'accord...

91 **T** : - Et pour la durée... quand est-ce que vous voulez sortir ?

92 **P** : - Je ne sais pas... l'entretien familial a lieu jeudi, on est lundi... je peux sortir vendredi si ça se passe bien... mais si ça se passe mal... il faudra que je reste encore plus longtemps...

93 **T** : - Ce n'est pas possible. Nous devons fixer un contrat aujourd'hui,

en tenant compte de tous les éléments dont nous disposons et respecter ce contrat... Si vous prolongez longtemps après l'entretien et qu'il se passe bien, vous aurez envie de sortir et vous ne pourrez pas...

Ici le fonctionnement institutionnel limite l'approche solutionniste et restreint les choix d'Annabelle au lieu de les augmenter.

94 **P** : - Il faudrait trouver la solution idéale...

95 **T** : - Je vous écoute...

96 **P** : - Peut-être que... je pourrais prendre des permissions...

97 **T** : - Bien sûr... En quoi cela vous sera-t-il utile ?

98 **P** : - Et bien... je sors en perm' le lendemain de l'entretien familial et je reste tout le week-end chez mes parents... Comme ça je pourrais vraiment voir si ça va mieux avec eux, si nous pouvons discuter ensemble... si ça va pas je crois que je peux revenir plus tôt de perm...

99 **T** : - C'est possible... vraiment si ça va mal... vous pouvez aussi téléphoner dans l'unité pour avoir du soutien...

100 **P** : - D'accord... Lundi je reviens ici pour en parler avec vous... Comme ça, si ça se passe mal, je serai rassurée de savoir que je peux revenir. Et je sors définitivement mardi... J'espère que ça ira...

101 **T** : - Ça me semble une solution idéale, en effet... Vous prévoyez toutes les éventualités... profiter d'être chez vous pour parler avec vos parents tout en sachant revenir ici pour faire le point.

Détails.

Compliment.

Annabelle récupère progressivement ses capacités de choix. Elle élabore elle-même ses solutions. Le contrat qu'elle a posé est un peu long pour le cadre de l'unité (plus d'une semaine, ce qui fera une hospitalisation de 19 jours). Elle l'a bien présenté, en me montrant les intérêts qu'elle y trouve. Je respecte donc sa décision au détriment du cadre institutionnel.

Il manque à la fin de cet entretien, une évaluation par des échelles de différents objectifs apparus en cours d'entretien. Celles-ci auraient permis une ouverture sur des perspectives d'amélioration comme :

- l'estime de soi,
- les capacités à s'autoriser (à faire... à être...),
- l'aptitude à sortir de la dépendance.

5. ENTRETIEN FAMILIAL - J 14

Comme convenu, Annabelle avait préparé par écrit ce qu'elle souhaitait dire à ses parents. Elle a pu exprimer l'essentiel de ce qu'elle avait préparé. Elle a même osé demander à son beau-père actuel la permission de porter plutôt le nom de son père biologique. Elle a été surprise par la réaction de ses parents, à l'écoute, et a pu les remercier pour l'attention qu'ils lui portent. Elle a vu que ses parents étaient très attentifs. Elle a recadré son irritabilité, ses troubles du sommeil et ses tentatives de suicide comme « des signes de [son] mal être » et non des caprices. Elle a aussi eu le courage d'évoquer l'agression, quand elle avait neuf ans, sans nommer la personne pour le moment. (Sa mère avait signalé lors du premier entretien familial, sans Annabelle, que celle-ci avait présenté vers neuf ans, des troubles du sommeil importants avec des cauchemars et des troubles digestifs). Annabelle a assuré à ses parents que, grâce à l'hospitalisation, elle commençait à se sentir mieux. Elle les a trouvés vraiment compréhensifs et respectueux, lui laissant du temps pour parler plus en détails de cet événement. Annabelle termine l'entretien en insistant sur la nécessité que « tout ce qui se dit ici ne se perde pas, de [leur] côté comme du [sien], [que] c'est important [qu'ils] parlent d'avantage, que [ils] continuent ce [qu'ils ont] commencé ici, seuls... »

Je rencontre Annabelle suite à l'entretien. Elle est détendue et souriante et dit s'être « libérée d'un poids énorme ». Elle est très satisfaite de cet échange avec ses parents, même si celui-ci lui a demandé beaucoup d'efforts. Elle a su dire ce qui comptait pour elle. Je la complimente sur sa capacité à atteindre ses objectifs. Elle se félicite d'avoir prolongé son hospitalisation car elle a besoin, certes, de parler avec ses parents mais aussi de prendre encore du recul ici. Elle exprime sa peur de la rechute et décide de poursuivre son suivi à Ancenis après sa sortie.

Pour anticiper la rechute, nous travaillerons, avant sa sortie définitive sur les moyens acquis par Annabelle pour y faire face. Par contre nous n'explorerons pas avec elle les circonstances pouvant provoquer cette rechute. Ce travail aurait fourni à Annabelle des indicateurs précieux sur les moments où elle devrait être plus vigilante et demander, par exemple, une consultation.

Comme convenu, elle va en permission avec ses parents pour le week-end et participe dans l'unité à une médiation relaxation.

6. RESOUDRE LES CONFLITS

Cinquième entretien - J 19 - Sortie de l'hospitalisation temps plein

Annabelle sort ce jour de l'hôpital. Je la vois pour faire le point par rapport à ses objectifs et à sa permission dans sa famille.

La MADRS a été réévaluée par Annabelle à 19. Elle s'est montrée très satisfaite de ce nouveau score... En début d'entretien, elle est plus posée et semble avoir retrouvé sa motivation pour faire et organiser les choses. Elle m'explique qu'elle a rompu son contrat avec le bar qui lui posait problème et commencé son dossier pour partir comme jeune fille au pair avec son amie. Je la félicite. Elle poursuit...

1 **P** : - J'ai été obligée de dire à mes parents pour mon cousin... Il est arrivé chez mes grands-parents alors que nous étions là-bas... justement ce week-end... il ne vient les voir que très rarement... Ah non, là vraiment j'ai pas pu... j'ai fait comprendre à ma mère et je suis montée m'enfermer dans la chambre... ..

2 **T** : - Vous êtes montée dans la chambre...

3 **P** : - Je ne pouvais pas faire autrement, je ne pouvais pas rester en bas avec les autres... J'étais trop mal... .. Ma mère est allée lui parler dans le jardin, elle lui a dit qu'elle savait ce qui c'était passé... il paraît qu'il avait l'air vraiment mal... c'est ce qu'elle m'a dit... il avait pas l'air bien... après, il a rien dit à mes grands-parents... juste qu'il était désolé et qu'il devait partir...

4 **T** : - Donc, si je comprends bien... votre cousin, qui vient rarement chez vos grands-parents, est venu justement le week-end où vous deviez parler de lui à vos parents...

Reformulation.

5 **P** : - Oui, justement ce week-end-là...

6 **T** : - Ça a dû être vraiment dur pour vous...

Le mot « dur » risque d'induire une aggravation du problème...

Une meilleure formulation aurait été :

« - Ca n'a pas dû être simple pour vous... Comment avez-vous fait ? »

7 **P** : - C'était horrible... vraiment horrible...

8 **T** : - Malgré l'horreur quand vous avez vu votre cousin arriver...

<p>Vous avez su faire comprendre à votre mère ce que vous vouliez qu'elle fasse...</p>	<p>Ressource : capacité à se faire comprendre.</p>
<p>9 P : - Ah non, moi je ne voulais pas lui parler...</p>	
<p>10 T : - Pas vous, bien sûr... mais votre mère...</p>	
<p>11 P : - Oui, elle a parlé de ça avec lui...</p>	
<p>12 T : - C'est très courageux de la part de votre mère... ça montre qu'elle vous fait confiance ... qu'elle vous comprend...</p>	<p>Compliment.</p>
<p>13 P : - C'est vrai...</p>	
<p>14 T : - Et vous avez su vous protéger en allant à l'étage...</p>	<p>Recadrage du comportement de fuite comme une capacité à se protéger.</p>
<p>15 P : - J'étais vraiment trop mal pour rester en bas... J'ai mis du temps à me calmer... Je ne suis redescendue que quand j'ai été sûre qu'il était parti... C'est ma mère qui est venue me chercher... on a bien parlé toutes les deux... J'ai pris conscience qu'il faut régler les problèmes... C'est bien mieux... Quelque chose a changé avec ma mère... avant, elle n'aurait pas fait ça pour moi...</p>	
<p>16 T : - Est-ce que vous voulez dire que les relations avec votre mère ont changé ?</p>	<p>Reformulation.</p>
<p>17 P : - En tous cas, elle m'a bien aidée. C'est sûr... Pour ma mère c'est bien, mais c'est ma grand-mère qui m'inquiète...</p>	
<p>18 T : - Ok, votre grand-mère vous inquiète... je ne sais pas si vous vous souvenez... au début de l'hospitalisation nous avons défini ensemble un objectif prioritaire... que les relations avec votre mère s'améliorent... aujourd'hui, sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie que les relations avec votre mère sont exactement comme avant l'hospitalisation et 10, qu'elles se sont améliorées au maximum de ce qui est possible... je ne dis pas des relations parfaites parce que vous savez, comme moi, qu'avec sa mère... ce n'est jamais très facile...</p>	<p>Echelle d'évaluation de l'objectif.</p>
<p>19 P : <i>sourire</i>...- On s'entend bien quand même...</p>	
<p>20 T : - Alors, vous avez de la chance...</p>	
<p>21 P : <i>sourire</i></p>	
<p>22 T : -... donc entre 0 et 10, aujourd'hui, où en sont les relations avec votre mère ?</p>	

23 P : - Aujourd'hui... à 10... par contre, il faut que ça dure dans le temps... c'est facile d'être à 10, mais c'est dur que ça reste à 10 pendant longtemps...

Il faut que l'objectif atteint dure dans le temps.

24 T : - C'est facile d'être à 10 ?

25 P : - Oui, quand on se parle, c'est facile...

26 T : - D'accord... qu'est-ce qu'il faut pour que vous puissiez parler à votre mère ?

27 P : - Il faut que je me sente bien... que j'aie bien dormi...

28 T : - Ok... Quoi d'autre ?

29 P : - Il ne faut pas que je me mette en colère...

30 T : - Si vous ne vous mettez pas en colère... Que faites-vous à la place ?

31 P : - ... Ben... Quand je ne me mets pas en colère ?... Je garde mon calme...

32 T : - Si je comprends bien... dites-moi si je me trompe... pour que les relations avec votre mère restent à 10, il faut que vous vous sentiez bien, que vous ayez bien dormi et que vous gardiez votre calme...

33 P : - C'est ça, surtout que je garde mon calme... sinon je dis n'importe quoi et après, je regrette...

Détails.

La présence plutôt que l'absence de quelque chose.

Reformulation.

Quelque chose a changé : Annabelle est passée de la position de « chercheuse », à la position d'« acheteuse ». (15)

Désormais elle identifie un aspect de son comportement comme étant responsable du problème et souhaite le faire évoluer pour améliorer la situation tout en expliquant qu'elle ne sait comment s'y prendre. Avant, elle était dans l'attente d'une aide extérieure (des médicaments) sur un symptôme non comportemental d'apparition plutôt spontanée (les troubles du sommeil).

Annabelle sait ce qu'il faut faire pour atteindre cet objectif (garder son calme) mais croit qu'elle ne sait pas comment le faire.

Je cherche à « changer la façon d'agir dans la situation qui est perçue comme problématique » (62), suivant les prescriptions d'O'Hanlon et de Weiner-Davis. Pour cela j'ai besoin de bien connaître le « schéma de la plainte ». Je dois répondre au « qui, quoi, comment, quand » du symptôme pour choisir d'en modifier un élément -le lieu, le temps, la durée, la fréquence ou la chronologie-. (62)

Je lui montre qu'elle sait déjà faire ce qu'il faut (changer de pièce) dans des conditions plus difficiles (lors de la venue de son cousin) en recadrant

l'expérience de sa permission.

34 T : - Ce week-end, vous aviez une bonne raison de vous mettre en colère contre votre cousin...	
35 P : - Je pouvais pas... j'étais trop mal... j'avais trop peur...	
36 T : - Qu'avez-vous fait à la place ?	Description de la séquence comportementale.
37 P : - Je suis montée dans la chambre...	
38 T : - Ok, vous avez changé de pièce. Vous êtes allée dans un endroit où vous étiez seule...	
39 P : - Oui...	
40 T : - Et là, que s'est-il passé ?	Détails.
41 P : - J'ai attendu... j'ai tourné en rond... j'arrivais pas à rester en place...	
42 T : - D'accord... et après...	
43 P : - Ben... Au bout d'un moment, je me suis un peu calmée.	
44 T : - Ok... c'est super... simplement comme ça... en changeant de pièce... alors que vous étiez vraiment très mal... tellement mal que vous ne pouviez même pas vous mettre en colère... en tournant en rond et en attendant... vous vous êtes calmée... C'est génial...	Reformulation.
45 P : <i>surprise...</i>	
46 T : - Et vous avez pu discuter tranquillement avec votre mère...	
47 P : - C'est vrai qu'on a bien parlé, ça m'a fait du bien.	Annabelle valide, elle accepte mon recadrage.
48 T : - L'avez-vous déjà fait, changer de pièce, quand vous sentez que vous vous mettez en colère et que vous allez dire n'importe quoi ?	Recherche d'exceptions.
49 P : - Non, j'y pense pas... là je l'ai fait parce que vraiment, je ne pouvais pas faire autrement... ma mère a compris que c'était vraiment grave... mais sinon, elle veut que je lui réponde tout de suite...	
50 T : - Apprécie-t-elle que vous vous mettiez en colère et que vous disiez n'importe quoi ?	Détails sur le comportement des autres.
51 P : - Pas du tout... mon beau-père non plus, lui il crie encore plus fort que moi et ma grand-mère elle pleure !	
52 T : - Et votre mère, comment réagit-elle ?	

53 P : - Après, elle me fait la tête...

Annabelle a donc identifié trois relations où elle se met en colère et où cela déclenche une réaction négative de son interlocuteur.

54 T : - Compte tenu de tout ce que vous venez de m'expliquer, je crois pouvoir vous proposer quelque chose de très efficace pour garder votre calme en toutes circonstances, à condition que vous soyez très motivée pour garder votre calme... parce que je comprends très bien que vous préféreriez, parfois, vous mettre en colère...

55 P : - Ah non, pas moi, moi je préfère garder tout le temps mon calme, mais je n'y arrive pas...

56 T : - Ok... vous préférez garder votre calme... si vous êtes très motivée, ça marchera... A quoi savez-vous, juste avant de vous mettre en colère, que vous allez vous mettre en colère ? Est-ce plutôt, lorsque vous entendez le ton de votre propre voix qui commence à monter... ou est-ce quand vous parlez, vos mains qui commencent à s'agiter... ou est-ce que cela se passe dans votre corps... comme de la chaleur ou un bouillonnement ?

57 P : - ... elle réfléchit... quand je commence à être en colère ?

58 T : - Juste avant... si vous êtes déjà en colère, c'est presque trop tard...

59 P : - Je le sens à l'intérieur de moi... ça monte...

60 T : - Ok, donc... vous sentez quand vous allez vous mettre en colère... c'est très bien... Maintenant... vous allez avoir le choix... Quand vous sentirez que vous allez vous mettre en colère... que ça monte à l'intérieur de vous... soit... vous vous mettez vraiment en colère... vous dites n'importe quoi... alors probablement que votre mère vous fera la tête... que votre beau-père criera encore plus fort... que votre grand-mère se mettra à pleurer... soit... vous quittez la pièce sur le champ... vous tournez en rond... vous attendez... et vous vous calmez... Une fois que vous êtes calme... vous faites exactement tout ce que vous savez déjà très bien faire quand vous êtes calme...

61 P : - Ah bon, je pars, comme ça... Ils vont rien comprendre !

Introduction de la tâche.
Prescription du symptôme.
Recadrage de la colère qui est présenté comme un choix conscient et non plus comme un débordement émotionnel.

Identification de l'émotion par une question à choix multiples.

Tâche : changer de pièce (intervention sur la séquence de comportement).

Ton hypnotique avec insistance sur la notion de choix (soit... soit...)

- 62 **T** : - Avec qui est-ce que ce serait le plus facile, pour vous, de faire cela ?
- 63 **P** : - ... *elle réfléchit...* Avec ma grand-mère... je me mets moins fort en colère avec ma grand-mère... et elle me pose moins de questions... c'est plus facile...
- 64 **T** : - Donc... la prochaine fois que vous voyez votre grand-mère... ou peut être une autre fois... en tout cas... quand vous sentirez que vous allez vous mettre en colère... que ça monte à l'intérieur de vous... soit... vous vous mettez vraiment en colère et vous dites n'importe quoi... alors probablement que votre grand-mère se mettra à pleurer... soit... vous quittez la pièce sur le champ... vous tournez en rond... vous attendez... et vous vous calmez... Une fois que vous êtes calme... vous faites exactement tout ce que vous savez déjà très bien faire quand vous êtes calme...
- 65 **P** : - *un peu décontenancée...* D'accord, je vais essayer ça... on verra bien...
- Désormais, quoi qu'il se passe, Annabelle aura raison de faire ce qu'elle fait :*
- *si elle se met en colère c'est parce qu'elle l'a choisi et que je l'ai autorisée à le faire « parfois »,*
- *si elle garde son calme, elle aura atteint son objectif.*
- Elle poursuit :*
- 66 **P** : - Vous savez, vous m'aviez posé une question sur la relaxation... je n'ai pas vraiment réussi à savoir... Je me suis sentie fatiguée, j'avais envie de dormir... En fait, je me sentais tranquille... c'était agréable...
- 67 **T** : - Donc vous, la relaxation vous rend... tranquille...
- 68 **P** : - Oui, plutôt... j'aimerais bien continuer à en faire en hôpital de jour, si c'est possible...
- 69 **T** : - Si vous en avez envie... Nous pouvons choisir les jours où vous venez en fonction du planning de la relaxation... Cela veut-il dire que vous souhaitez prolonger votre contrat d'hospitalisation en venant en hôpital de jour ?
- 70 **P** : - Oui, je me sens encore trop fragile pour partir définitivement...

Le plus facile d'abord...

Répétition de la tâche.

Ça va mieux, c'est sûr mais il y a encore tellement de choses à régler...

71 **T** : - Sur l'échelle de 0 à 10, vous vous souvenez... celle où 0 correspond à comment vous alliez il y a deux ans et 10 au jour où vous saurez que vous n'avez plus besoin de venir voir un psychiatre... où vous situez-vous aujourd'hui ?

Echelle du progrès.

72 **P** : - Là, maintenant... à 7... mais il y a des moments dans la journée où ça va pas... quand je me demande si je dois porter plainte... là ça va pas du tout... je n'arrive pas à penser à autre chose... mais parfois j'arrive à me dire que c'est la vie... que c'est normal... d'aller mal de temps en temps... Je sais bien qu'on ne peut pas aller bien tout le temps...

73 **T** : - Donc, si je comprends bien... vous me direz si je me trompe ?
...*elle acquiesce*... aujourd'hui vous allez bien... vous êtes à 7... c'est très bien... et vous êtes capable de vous dire quand cela va moins bien... que c'est normal, que ça fait partie de la vie... et alors vous allez mieux...

Reformulation.

74 **P** : - C'est ça... Parfois, ça marche...

75 **T** : - Qu'est-ce que ça change pour vous d'être capable de vous dire cela ?

76 **P** : - Ben... j'ai plus d'espoir... je me dis que je suis normale... mais c'est pas tout le temps... c'est pour ça que je veux continuer en hôpital de jour...

« j'ai plus d'espoir... je me dis que je suis normale » est l'expression utilisée par Annabelle comme pensée positive lors du travail hypnotique de mise à distance des flash-back.

J'aurais pu proposer à Annabelle une échelle d'évaluation du temps où elle réussit à se dire qu'elle est normale, formulée par exemple comme ceci :

« Imaginons une échelle de 0 à 100... où 0 veut dire que quand ça va mal, que vous êtes en dessous de 7, vous n'arrivez absolument pas à penser à autre chose et 100 que vous réussissez, à chaque fois, à vous dire que ça fait partie de la vie, que vous êtes normale... aujourd'hui à combien y arrivez-vous ? »

Cela aurait pu nous servir de référence pour la suite... mais sur le moment, je n'y ai pas pensé.

J'ai interrogé Annabelle sur son objectif en venant à

l'hôpital de jour.

77 **T** : - Oui... en quoi cela va vous aider de continuer à venir ici ...

Objectif.

78 **P** : - Ça va me donner le courage de continuer à régler mes problèmes... avec mes parents... de continuer à leur parler... avec mes grands-parents aussi... parce que je sais qu'ici je pourrais être soutenue et reparler de tout ça après...

Nous rédigeons le contrat d'Annabelle pour l'hôpital de jour. Elle choisit de venir deux fois par semaine pendant quinze jours. En plus de sa participation à l'activité relaxation, elle souhaite aussi réfléchir à l'opportunité pour elle de porter plainte contre son cousin. Ses parents la poussent fortement dans ce sens mais elle a peur de faire trop de mal à sa grand-mère qui est proche de ce jeune homme et a souvent pris son parti contre les autres petits enfants. Elle dit que, malgré l'épisode du week-end, sa grand-mère n'est pas au courant des abus de son cousin et elle a peur que celle-ci fasse une « crise cardiaque » si elle l'apprend.

Entre J19 et J32

Annabelle rencontre comme convenu l'assistante sociale qui lui donne les informations nécessaires pour réfléchir à l'opportunité de porter plainte. Elle demande un temps de réflexion, se sentant pressée par son beau-père.

Un soir après l'hôpital de jour, je croise celui-ci dans les couloirs. Il me remercie de la prise en charge d'Annabelle et de l'aide que nous lui apportons. Il me précise qu'il n'était pas « chaud » au départ pour cette hospitalisation mais qu'il est très content de voir combien Annabelle va mieux. Il me demande des coordonnées de psychiatre à Ancenis pour la jeune sœur d'Annabelle qui ne va pas bien.

Pendant une activité de dessin, Annabelle représentera un soleil avec des nuages qui sont en train de se dissiper. Elle dira que cela représente son espoir en l'avenir, nécessaire pour qu'elle ait confiance en elle.

7. ORIENTATION VERS LE FUTUR

Sixième entretien - J32 - Fin du premier contrat d'hôpital de jour

Je revois Annabelle après quinze jours où elle est venue deux après-midi par semaine dans le service, conformément à sa demande.

- | | | |
|----|--|--------------------------------------|
| 1 | T : - Vous êtes souriante aujourd'hui... Qu'est-ce qui va mieux, maintenant ? | Validation de l'amélioration. |
| 2 | P : - Nous avons bien discuté en famille... ça m'a fait du bien même si on s'est beaucoup disputé... on n'était pas tous d'accord... | |
| 3 | T : - Vous avez eu une bonne discussion... | Reformulation. |
| 4 | P : - Oh, plusieurs fois... des discussions un peu vives... mais ça fait du bien... <i>souriante</i> ...et vous savez, ça marche...
<i>Ma reformulation est inexacte, Annabelle me corrige.</i> | |
| 5 | T : - <i>marque d'interrogation ...</i> | |
| 6 | P : - ... ce que vous m'avez dit de faire... de partir quand je sens que je vais me mettre en colère... je l'ai fait avec ma grand-mère...
<i>Annabelle a effectué la tâche avec succès.</i> | |
| 7 | T : - Vous l'avez fait et ça a marché ? | |
| 8 | P : - Très bien... Je lui ai juste dit : « écoute mamie, là ça va pas, on finira la discussion plus tard... » et on a pu se reparler calmement dans la soirée... vraiment, c'est bien...
<i>Elle a ajouté sa touche personnelle.</i> | |
| 9 | T : - Bravo ! | Félicitations. |
| 10 | P : - Et mon beau-père a changé d'avis sur les « psy »... Il est plus tolérant... il a même dit que finalement j'avais eu raison d'y aller... que ça m'avait fait du bien... | |
| 11 | T : - Ça alors... Lui aussi a changé ! | Validation. |
| 12 | P : - Je n'en reviens pas ! Par contre, il me pousse à porter plainte... | |

Ma mère et mon beau-père... ils veulent absolument que je porte plainte... mais j'ai trop peur... pour ma grand-mère... elle va faire un malaise cardiaque... elle peut en mourir... elle est vraiment secouée déjà depuis que je lui ai dit... elle me croit pas... elle pense que nous étions enfants et que nous avons simplement joué ensemble... elle défend mon cousin, je le savais... et mon cousin a menacé de se suicider si je porte plainte...

13 **T** : - Votre grand-mère ne vous croit pas... vous avez peur qu'elle meurt... vos parents, eux, vous poussent à porter plainte... tandis que votre cousin menace de se suicider... comment faire ?

Reformulation.

14 **P** : - Je ne sais pas...

15 **T** : - Vous en avez parlé avec plusieurs personnes de votre famille... Qui vous soutient plus particulièrement ?

Recherche des personnes ressources.

16 **P** : - Peut-être mon grand-père, finalement. Lui, il me croit... et il me dit de prendre le temps de bien réfléchir... que ma grand-mère a le cœur fragile c'est vrai... mais que c'est quand même grave ce qui c'est passé, que c'est moi qui doit décider ce que je dois faire... peut-être que je dois laisser un peu de temps à ma grand-mère pour s'habituer, parce que c'est dur, d'apprendre ça tout à coup...

17 **T** : - Votre grand-père vous donne des conseils, il vous soutient, il vous aide...

Reformulation.

18 **P** : - Oui... ça me tracasse mais je pense qu'il faut laisser « du temps au temps » comme on dit... j'ai besoin de prendre du recul avant de me décider... j'ai bien vu ici, j'ai pris du temps et c'était positif... au début j'avais vraiment trop de mal à parler et maintenant, ça va mieux...

*Annabelle identifie elle-même une ressource :
se donner du temps.*

19 **T** : - Ok... vous pouvez prendre votre temps... pour réfléchir et savoir si allez portez plainte... laisser « du temps au temps »... comme vous l'avez déjà fait... puisque cela vous a aidé...

Validation.

- Etes-vous bien informée par rapport aux démarches concrètes à faire pour porter plainte ?
- 20 **P :** - Oui... j'ai rencontré l'assistance sociale... et j'en ai reparlé avec un infirmier, il m'a bien expliqué... je sais comment il faut faire...
- 21 **T :** - Vous êtes bien informée...
- 22 **P :** - Oui, j'ai aussi les coordonnées d'une association qui peut m'aider...
- Annabelle évoque alors le souhait d'aller voir un gynécologue dans un premier temps pour avoir des informations sur ce qu'elle pu vivre avec son cousin grâce à l'examen gynécologique. Elle dit ne pas se souvenir jusqu'où est allée la relation et notamment ne pas savoir si elle a été violée. Je la préviens des difficultés de l'examen gynécologique ainsi que de son manque de fiabilité plusieurs années après, même si elle n'a pas eu de relations sexuelles. Je souhaite recadrer cette consultation et orienter son intérêt vers le futur de la vie d'Annabelle.*
- 45 **P :** - Il faut que j'aille chez le gynécologue... je n'y suis jamais allée...
- 46 **T :** - D'accord... Ce que vous souhaitez, finalement c'est aller une première fois chez un gynécologue... **Reformulation.**
- 47 **P :** - Oui, j'ai des questions à poser pour la contraception...
- 48 **T :** - Qu'est-ce qui sera différent, pour vous, après cette consultation... ? **Orientation vers le futur.**
- 49 **P :** - Je serai rassurée... Je voudrais avoir son avis, savoir ce qu'il pense... ça m'inquiète en même temps... mais après, je saurai si j'ai un problème de ce côté-là où si je suis normale...
- 50 **T :** - Une fois que vous serez rassurée, que vous saurez que vous êtes normale... qu'est-ce qui sera différent pour vous ? **Implication.**
- 51 **P :** - Je me sentirais plus à l'aise avec les garçons... j'aurais moins peur, c'est sûr...
- 52 **T :** - Vous serez plus à l'aise avec les garçons... Qu'est ce que cela **Détails.**

changera pour vous ?

53 **P :** - J'aimerais bien avoir un copain... pas tout de suite mais plus tard, quand ça ira vraiment mieux... Je voudrais avoir un mari et des enfants... pas comme ma mère... fonder une vraie famille... pour l'instant ce n'est pas possible... à cause de mes problèmes avec les garçons...

54 **T :** - Pour l'instant, ce n'est pas encore possible... Finalement, si je résume... vous souhaitez le voir pour être apaisée par rapport à votre vie de femme d'aujourd'hui... pour construire votre vie avec un homme et avoir des enfants dans le futur... une vraie famille...

Recadrage et reformulation.

55 **P :** - Oui, c'est ça en fait, c'est tout à fait ça... et comme j'ai peur d'y aller... je me dis que c'est bien d'être ici pour être accompagnée...

56 **T :** - Bien sûr... vous savez utiliser les temps d'hôpital de jour pour faire de nouvelles expériences qui vous ne vous paraissent pas simples.

Compliment.

P : - J'en profite...

57 **T :** - C'est une bonne chose... Si nous reprenons vos objectifs pour les quinze jours d'hospitalisation...

58 **P :** - Oui... Alors... Aller en consultation gynéco... Réfléchir pour savoir si je porte plainte contre mon cousin... et puis aussi... envisager mon avenir... avec tout ça, tout ce que j'ai vécu... que je ne peux pas oublier...

59 **T :** - Oui...

60 **P :** - ... me dire que je peux vivre avec... comme je disais tout à l'heure, accepter que la vie, parfois c'est difficile, et que ce n'est pas dramatique pour autant... je peux repenser au passé mais ce qui compte, c'est d'avoir des projets pour l'avenir...

Annabelle accepte les moments difficiles. Elle les met en balance avec les choses positives de son avenir.

- 61 **T** : - D'accord... Quels projets par exemple ?
- 62 **P** : - Mon travail cet été, ça, c'est important... Je pense que ça me fera du bien de partir à l'étranger... J'attends la réponse pour jeune fille au pair... J'aimerais bien faire ça.
- 63 **T** : - D'accord... quoi d'autre ?
- 64 **P** : - Il faut que je passe mon bac pro, l'année prochaine... mais je ne sais pas si je ferai ça toute ma vie... c'est dur comme travail l'hôtellerie... Je verrai... En tous cas je passe mon bac pour avoir mon diplôme. Ça me servira toujours et j'aime bien ce métier. Mais je me dis qu'avec des enfants ce ne doit pas être facile avec les horaires qu'on fait... enfin... il faut que je revois mes amies aussi... là j'ai pas trop eu le temps avec tout ça...

Description des grandes lignes du futur.

Je valide et félicite Annabelle sur ces différents projets. Nous rédigeons le contrat d'hospitalisation. En toute fin d'entretien, elle se plaint de se sentir « groggy » la journée avec le traitement... maintenant qu'elle a récupéré et ne se sent plus fatiguée, elle souhaite le diminuer. Elle continue à bien dormir et n'a pas refait de cauchemars. Je lui donne donc une ordonnance en la responsabilisant par rapport à son traitement. Je lui donne le choix entre prendre ½ ou 1 cp de 60 mg de miansérine, le soir au coucher.

Nous programmons une troisième MADRS avant sa sortie définitive.

Entre J32 et J43

Lors d'un entretien infirmier, Annabelle évoquera plusieurs points positifs :

- son travail dans un nouvel hôtel qui se passe très bien,
- son passage en terminale,
- la communication avec sa mère qui est meilleure malgré les conflits,
- ses anciennes amies qui ont spontanément repris contact avec elle pour avoir de ses nouvelles,
- les périodes de « cafard » et d'envahissement par des images négatives qui ne l'empêchent plus de faire des projets et de se sentir bien.

Elle parle de projets à plus ou moins long terme...

- partir en vacances avec son beau-père et sa sœur,
- peut-être envisager une réorientation professionnelle mais seulement après l'obtention de son baccalauréat...

Elle s'évalue à 13 sur la MADRS et est très satisfaite de ce score. Elle va à la consultation gynécologique.

8. LISTE DES SOLUTIONS

Septième entretien - J 43- quelques jours avant la sortie

Annabelle est souriante et détendue... elle m'explique que le gynécologue n'a pas pu être formel par rapport à un viol mais qu'il penche plutôt en faveur du non. Elle se sent soulagée et rassurée par rapport à cela même si le doute persiste. En tous cas, elle a obtenu les réponses qu'elle souhaitait sur la contraception et sur elle-même.

Annabelle évoque sa crainte d'une rechute après sa sortie. Nous faisons donc ensemble l'inventaire des moyens dont elle dispose pour faire face à cette éventualité. Elle trouve assez facilement plusieurs choses :

- poursuivre son suivi à Ancenis avec le médecin et la psychologue qu'elle connaît déjà,
- penser à des choses positives et faire des projets d'avenir,
- parler avec sa mère et son beau-père qui sont plus à l'écoute maintenant,
- voir ses amis,
- quand elle se sent énervée, prendre le temps de se calmer avant de poursuivre la conversation,
- en cas de conflits avec des amis, s'expliquer plutôt que de mettre fin à la relation,
- favoriser les relations avec des gens qu'elle apprécie et laisser tomber les autres,
- accepter les côtés négatifs inévitables de la vie comme étant des choses normales,
- demander conseils à ses grands-parents,
- accepter de se sentir mal de temps en temps, en sachant que ça va passer et que cela ira mieux après...

Je l'oriente sur des solutions d'urgence en alternative à une tentative de suicide. (Aller aux urgences, appeler son médecin traitant, avancer le rendez-vous avec son psychiatre...) Elle sait qu'elle peut demander une deuxième hospitalisation dans l'unité si elle se sent de nouveau en difficulté. Elle ne le souhaite vraiment pas, mais sait qu'elle le fera si elle va vraiment très mal parce que cela l'a beaucoup aidé.

Je l'invite à mettre par écrit sa « liste des solutions » pour bien s'en souvenir et à en faire plusieurs copies pour en mettre dans tous les endroits où elle pense en avoir besoin... à la maison, dans sa chambre, dans ses affaires de classe, dans ses poches, dans son annuaire téléphonique, chez ses grands-parents, et surtout dans l'armoire à pharmacie où sont rangés les médicaments...

Elle souhaite aider sa sœur qui va mal et se sent capable de parler plus avec elle pour lui faire partager sa propre expérience.

Elle pense porter plainte prochainement.

Huitième entretien - J46 - le jour de sa sortie

Annabelle me dit qu'elle a écrit la liste de ses solutions, pour bien se souvenir du travail qu'elle a réalisé pendant l'hospitalisation.

Elle a trouvé d'autres choses qu'elle a ajouté à sa liste. Elle revient alors spontanément sur l'expérience du souvenir agréable (troisième entretien) pour me demander si je me souviens de cet exercice qu'elle a fait et de l'histoire qu'elle a écrite... Elle me dit avoir trouvé d'autres souvenirs agréables et que désormais, quand elle sait qu'elle va être confrontée à une situation anxiogène (comme descendre à la cave) elle se prépare à y aller avec un bon souvenir. Elle est surprise de l'efficacité de cette méthode.

Quand l'anxiété revient sans facteur déclenchant et qu'elle ne peut pas s'y préparer, elle utilise le « souvenir de la pelouse coupée » et parvient à retrouver son calme 9 fois sur 10.

Je félicite Annabelle et l'encourage pour la suite. Elle a pris un rendez-vous à Ancenis pour son suivi et dit se sentir en confiance.

Sur l'échelle du progrès, elle se situe à 9.

Elle a planifié son mois de juillet entre du baby-sitting, des vacances avec sa famille et des week-ends de travail. Elle poursuit son traitement par miansérine, 30 mg le soir. (Elle n'a jamais eu besoin de reprendre un comprimé entier de 60 mg).

C. Après l'hospitalisation

Septembre 2003

Je revois Annabelle deux mois après sa sortie. Elle est souriante, bronzée et détendue. Elle me dit être contente de revenir faire le point avec moi mais qu'après elle souhaite plutôt continuer son suivi à Ancenis, que c'est plus pratique pour elle.

L'entretien est fort agréable. Annabelle est décidée et pleine d'initiatives. Elle parle spontanément et facilement.

Elle poursuit son projet d'études paramédicales après son bac professionnel. Elle semble bien renseignée à ce sujet.

Elle a déposé sa plainte et attend la suite des démarches. Sa grand-mère a été secouée par la nouvelle mais elles ont pu discuter toutes les deux et elle s'est sentie comprise.

Lors d'une dispute entre sa mère et un oncle maternel, chez ses parents, Annabelle s'est de nouveau sentie au centre des conflits familiaux et a été découragée. Elle a repris des médicaments en quantité importante au moment de se coucher mais a aussitôt alerté sa mère qui l'a conduite aux urgences. Le psychiatre traitant qui l'a vu le lendemain, lui a laissé le choix entre une deuxième hospitalisation à ESPACE et des vacances loin de sa mère... elle me dit, très fière, avoir choisi les vacances chez des cousins de La Rochelle.

Cela c'est très bien passé. Elle a même pu avoir une courte relation très agréable avec un jeune homme de son âge. Elle est soulagée de cette première fois qui s'est bien passée et lui donne envie de continuer. Elle a rencontré là-bas plusieurs personnes qui l'ont aidée et comprise.

Je la félicite sur ses capacités de choisir ce qui lui convient le mieux et sur ses facilités à se faire entourer. Elle se souvient bien des solutions mises en place à ESPACE mais je l'encourage à en diffuser la liste dans plusieurs endroits (ce qu'elle n'a pas fait jusqu'à présent).

Annabelle a également pris des renseignements pour des cours de relaxation à Ancenis pour la rentrée scolaire.

Elle n'a plus mal à la tête et dort bien. Elle a totalement arrêté son traitement depuis un mois.

Avril 2004

Annabelle a poursuivi son suivi psychologique à raison d'un rendez-vous mensuel environ. Son psychiatre est satisfait de l'évolution clinique. Annabelle va bien. Elle construit des projets cohérents pour son avenir professionnel dans l'hôtellerie.

Il explique qu'il n'y a pas eu de nouveau passage à l'acte auto-agressif. L'état clinique d'Annabelle semble encore osciller parfois entre des périodes difficiles où elle est incertaine et doute d'elle-même, et des moments plus positifs où elle va mieux.

Elle fait face à la situation familiale qui reste conflictuelle. La vie affective de sa mère est toujours instable et certains des ses ex-compagnons sont parfois menaçants.

Il décrit Annabelle comme une jeune femme courageuse qui s'investit dans plusieurs activités et se responsabilise par rapport à son travail et à son autonomie financière.

Elle n'a pas repris de traitement médicamenteux depuis l'hospitalisation et semble aller bien.

Conclusion

Pour conclure ce travail, nous souhaitons citer de Shazer qui explique que :

« relire le récit de ses propres cas [avec comme] personnage central 'le patient-intelligent' lui a permis de mieux voir le thérapeute-dans-l'histoire... Celui-ci lui est apparu comme incroyablement idiot ! » (81)

Enregistrer ses entretiens avec les patients pour les réécouter et s'interroger sur sa pratique est une expérience douloureuse. Au début, l'enregistrement perturbe le patient et le thérapeute. Il n'est pas chose aisée de faire abstraction de l'appareil. Mais le pire est à venir, lorsque nous devons réécouter les K7...

Nous prenons très vite conscience que nous faisons absolument tout ce qu'il ne faut pas faire... et sommes un peu atterrées ! Entre couper perpétuellement la parole, ne pas écouter ce que les patients répondent, suivre notre idée de départ au mépris de celles des clients, proposer des choses qui, à l'évidence, ne correspondent pas à leur vision du monde... la liste est longue !

Il faut du courage pour poursuivre son travail, noter minutieusement les erreurs, les choses à éviter, et celles à faire...

La rédaction de ce cas clinique a été difficile et laborieuse mais passionnante et fort enrichissante pour notre pratique. Nous avons choisi cet exemple parmi tous les patients que nous avons suivi pendant ce stage. C'est celui qui nous a paru le plus complet. Il permettait de présenter aussi bien les erreurs stratégiques que les réussites.

Les thérapies brèves évoluent maintenant depuis une cinquantaine d'années. Elles ont émigré des Etats-Unis pour s'installer progressivement en Europe. La Belgique, la France et l'Italie avec l'institut Korzybski fondé par Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié, l'institut Grégory Bateson à Liège de Teresa Garcia et Jean-Jacques Wittezaele (17) et le centre de thérapie stratégique d'Arezzo dirigé par Giorgio Nardone (60), sont particulièrement actives dans le développement et la promotion de ces approches.

L'apprentissage et l'utilisation des techniques d'entretien de la thérapie brève, pendant notre cursus d'interne, nous ont apporté un élargissement tant dans le champ de notre pratique clinique que de notre réflexion théorique. Ils nous ont amenées à nous pencher sur la communication interhumaine et les relations aux autres (aussi bien avec les patients qu'avec les membres des équipes soignantes). Nous nous sommes interrogées sur notre exercice et notre position de thérapeute. Nous y avons acquis plus de souplesse et de capacité d'adaptation dans le respect de l'autre et de son « être au monde », toujours dans le but de mieux accompagner et soutenir les personnes en difficultés psychiques.

L'approche des thérapies brèves nous a interpellées rapidement au cours de notre formation d'interne en psychiatrie. Cette approche active, créative et innovante, nous correspond dans notre dynamique personnelle et nous permet un confort de travail qui peut être mis au service des patients et des équipes de soins.

Nous avons apprécié, dans cette « communication thérapeutique », l'aspect relationnel nécessitant une vision d'ensemble, la prise en compte du contexte et de la personne dans ses interactions aux autres. La considération de l'autre dans sa singularité et son originalité, la position profondément humaine et accueillante du thérapeute envers son patient sont pour nous fondamentales dans la relation soignante.

L'optimisme thérapeutique est indissociable des thérapies solutionnistes. Elles invitent à mobiliser chez l'autre les ressources et les côtés positifs, utilisables dans les périodes difficiles qu'il est en train de vivre lorsqu'il se décide à consulter un thérapeute. Elles cherchent à faciliter la résolution personnelle et spécifique de chaque problème, à donner les moyens au patient de poursuivre son chemin de vie.

La recherche d'un apaisement rapide et durable de la souffrance nous paraît au cœur de notre métier de médecin. Nous croyons les patients compétents pour ce qui est de nous signaler la façon dont ils entendent être soulagés de celle-ci. Le thérapeute a ici un rôle d'activateur du changement, comme s'il devait juste initier les choses pour les laisser ensuite se dérouler sous la direction des patients. Il ne nous est pas facile de nous détacher de nos croyances pour ne pas imposer à l'autre nos propres références... mais cela nous

paraît indispensable dans des domaines aussi intimes que ceux auxquels touche la psychothérapie.

Nous confions le dernier mot à Steve de Shazer et à la magie des métaphores :

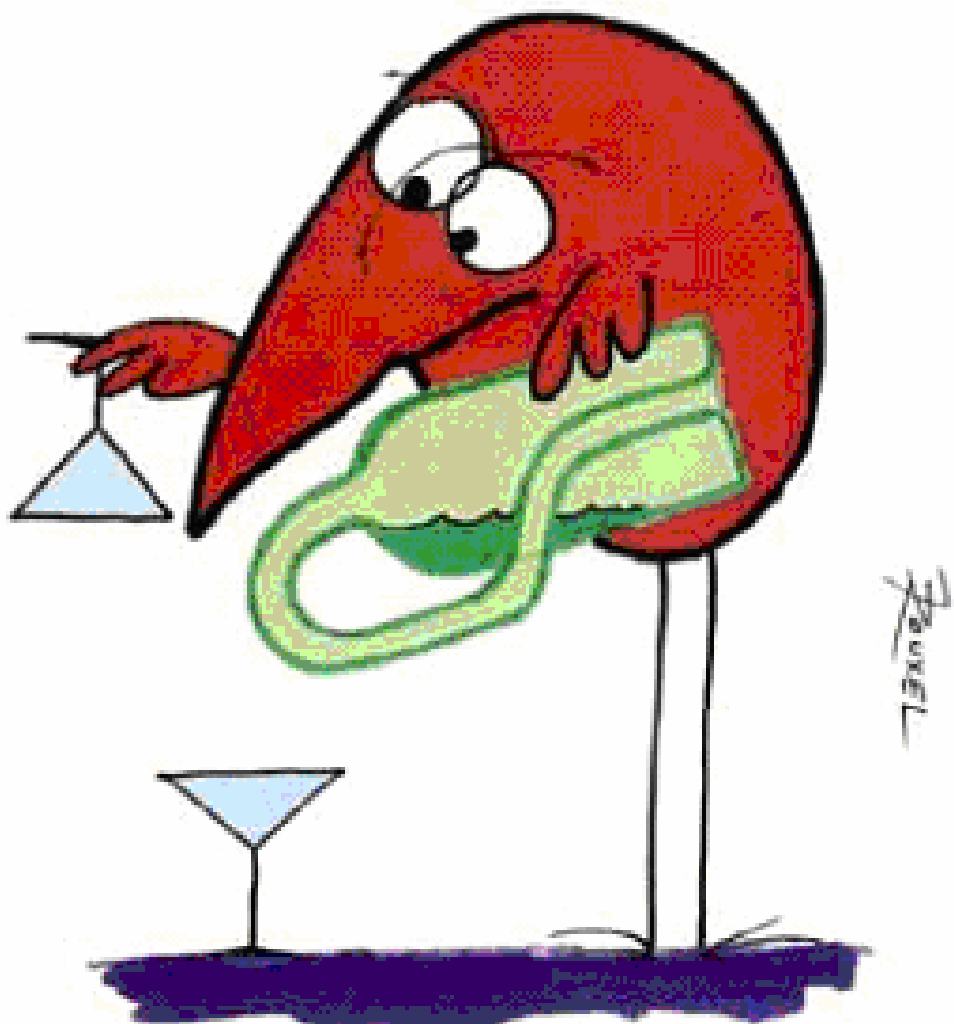
« Les plaintes des clients sont semblables aux serrures fermées de portes qui s'ouvrent sur une vie plus satisfaisante, dit-il. Les clients ont essayé tout ce qui leur paraissait raisonnable, juste et bien et ce qu'ils ont tenté de faire était fondé sur leur propre perception de la réalité, *mais leur porte est restée close* ; ils pensent par conséquent qu'il n'y a pas de solution à leur situation.

Cela les conduit souvent à faire des efforts de plus en plus importants pour comprendre pourquoi la serrure est comme elle est ou pourquoi elle ne s'ouvre pas...

Pourtant, il paraît clair que les solutions viennent des *clés plutôt que des serrures*, et que les passe-partout peuvent ouvrir un grand nombre de serrures différentes... Il n'est pas nécessaire que la complexité de la clé soit égale à celle de la serrure... » (79)

Nous avons présenté ici une approche thérapeutique... Il en existe bien d'autres...
Nous avons simplement choisi notre propre clé...

Les devises Shadok



*S'il n'y a pas de solution
C'est qu'il n'y a pas de problème...*

Bibliographie

- 1 - **Bateson G.**, « *Naven* », Cambridge : CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 1936, réimp. New York : MCMILLAN CO., 1937.
Traduction française, « *La cérémonie du Naven* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1984.
- 2 - **Bateson G.** « *Communication* », in « *The Natural History of an interview* », sous la direction de Mac Quown N., Chicago : bibliothèque de l'université, collection microfilmée de manuscrits sur l'anthropologie culturelle, chapitre I, n°95, série XV, 1971.
Traduction française, « *Communication* », in « *La nouvelle communication* », sous la direction de Winkin Y., 2^{ème} édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 3 - **Bateson G.** « *Steps to an Ecology of Mind* », San Francisco : CHANDLER PRESS, 1972, 5^{ème} éd., New York : BALLANTINE BOOKS ED., 1976.
Traduction française, « *Vers une écologie de l'esprit* », Paris : EDITION DU SEUIL, tome I, 1977, tome II, 1980.
- 4 - **Bateson G.**, « *Mind and Nature : A Necessary Unit* », Paris : DUTTON, 1979
Traduction française, « *La Nature et la Pensée* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1984
- 5 - **Bateson G.**, « *A sacred unity - Further Steps to an Ecology of Mind* », New York : A CORNELIA & MICHAEL BESSIE BOOK, 1991.
Traduction française, « *Une unité sacrée : quelques pas de plus vers une écologie de l'esprit* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1996.
- 6 - **Bateson G., Birdwhistell R., Goffman E. & all.**, textes recueillis et présentés par Yves Winkin, in *La nouvelle communication*, 2^{ème} édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 7 - **Bateson G., Haley J., Jackson D. & Weakland J.**, « *Towards a Theory of Schizophrenia* », 1956, in *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco : CHANDLER PRESS, 1972.
Traduction française, « *Vers une théorie de la schizophrénie* » in *Vers une écologie de l'esprit*, Paris : EDITION DU SEUIL, tome II, 1980.
- 8 - **Bateson G. & Mead M.**, « *Balinese Character : A Photographic Analysis* », New York : NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES, 1942.
- 9 - **Bergeret J. et all.**, « *Psychologie pathologique, théorie et clinique* », 8^{ème} éd. Paris : MASSON, 2000.
- 10 - **Bernard C.**, « *Leçons sur les phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux* », 2 vol. Paris : BAILLIERE, 1878.

- 11 - **Bertalanffy L.**, « *General System Theory* », New York : BRAZILLER, 1968.
Traduction française, « *Théorie générale des systèmes* », Paris : DUNOD, 1973.
- 12 - **Blander R. & Grinder J.**, « *Frogs into Princes* », Moab, UT : REAL PEOPLE PRESS, 1979.
Traduction française, « *Les secrets de la communication* », Montréal : LE JOUR, 1982.
- 13 - **Bloch D. & Rambo A.**, « *Les débuts de la thérapie familiales : thèmes et personnes* », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.
- 14 - **Brand S.**, « *For God's Sake, Margaret* », in *The CoEvolution Quarterly*, 1976.
Cité in *A la recherche de l'école de Palo Alto*, Wittezaele J.-J. & Garcia T., Paris : EDITION DU SEUIL, 1992.
- 15 - **Cabié M.C. & Isebaert L.**, « *Pour une thérapie brève, le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie* », réédition, ERES, 1999.
- 16 - **Cannon W. B.**, « *The Wisdom of the Body* », New York : NORTON, 1932.
- 17 - **Dereau P.**, « *Psychosolutions.be* », [en ligne],
Disponible sur : <<http://users.skynet.be/pdereau/index.htm>>,
(consulté le 15/04/2004).
- 18 - **Dewey J.**, « *Logic the theory of inquiry* », Carbondale : SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY PRESS, 1986.
Traduction française, « *Logique, théorie de l'enquête* », 2^{ème} éd., Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1993.
- 19 - **Dobzhansky Th.**, « *L'homme en évolution* », Paris : FLAMMARION, 1966.
- 20 - **Dolan Y M.**, « *A path with a heart: Erickson utilization with resistant and chronic clients* » New York : BRUNNER-MAZEL, 1985.
- 21 - **Dolan Y M.**, « *Resolving Sexual Abuse, Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1991.
Traduction française, « *Guérir de l'abus sexuel et revivre, Techniques centrées sur la solution et hypnose éricksonienne pour le traitement des adultes* », Bruxelles : SATAS, 1996.
- 22 - **Edelman G.**, « *Biologie de la conscience* », Paris : ODILE JACOB, 1994.
- 23 - **Durand D.**, « *La systémique* », col. Que Sais-je ?, 9^{ème} édition, Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 2002.
- 24 - **Elkaïm M.**, « *Panorama des thérapies familiales* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.

- 25 - **Erickson, M. H.**, « *Foreword* », in R. Bandler & J. Crinder, *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, M. D. Cupertino : META PUBLICATIONS, 1975.
- 26 - **Erickson, M. H.**, « *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis* », New York : IRVINGTON PUBLISHERS, tome I à IV, 1980.
Traduction française, « *Intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose* », Bruxelles : SATAS, coll. Le Germe, tome I à IV, 2001.
- 27 - **Fisch R., Weakland J.H., Segal L.**, « *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly* », San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers, 1982.
Traduction française, « *Tactique du changement. Thérapie et temps court* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1986.
- 28 - **Foerster H. (von)**, « *Cybernetics of cybernetics* », Chicago : BIOLOGICAL COMPUTER LABORATORY, Université of Illinois, 1974.
- 29 - **Foerster H. (von)**, « *Ethique et cybernétique de second ordre* », conférence prononcée au Congrès International *Système et Thérapies familiales*, Paris, 4 au 6 octobre 1990
Retranscription in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de G. Nardone & P. Watzlawick, Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- 30 - **Foerster H., Mead M. & Teuber H.**, « *Cibernetics. Circular Causal and Feedback Mechanisms in Biological and Social Systems* », (Actes du sixième Colloque et des quatre suivants), New York : JOSIAH MACY JR. FONDATION, 1945-1954.
- 31 - **Freud S.**, « *Das Ich und das Es* », in *Gesammelte Werke*, Tome XIII.
Frankfurt : S. FISCHER VERLAG, 7^{ème} édition, 1987.
Traduction française, « *Le Moi et le Ça* », 1920, in *Essai de psychanalyse*, nouvelle traduction, Paris : EDITION PAYOT, 1981.
- 32 - **Freud S.**, « *Jenseits des Lutsprinzips* », in *Gesammelte Werke*, Tome XIII,
Frankfurt : S. FISCHER VERLAG, 7^{ème} édition, 1987.
Traduction française, « *Au-delà du principe de plaisir* », 1920, in *Essai de psychanalyse*, nouvelle traduction, Paris : EDITION PAYOT, 2001
- 33 - **Gilliéron E.**, « *Les psychothérapies brèves* », 2^{ème} édition, Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1990.
- 34 - **Gilliland B. E. & James R. K.**, « *Crisis intervention strategies* », 2^{ème} édition, Pacific Grove, CA : BROOKS/COLE, 1993.
- 35 - **Goldbeter-Merinfeld E.**, « *L'approche structurale en thérapie familiale* », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.

- 36 - **Gordan D. & Meyers-Anderson M.**, « *Phoenix : Therapeutic patterns of Milton Erickson* », Cupertino CA : META, 1981.
- 37 - **Guelfi J. D.**, « *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* », Paris : EDITION MEDICALE PIERRE FABRE, 1997.
- 38 - **Hacker P.M.S.**, « *Wittgenstein* », London : PHOENIX, 1997.
Traduction française, « *Wittgenstein* », Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 39 - **Haley J.**, « *Strategies of Psychotherapy* », New York : GRUNE AND STRATTON INC., 1963.
- 40 - **Haley, J.** « *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy* », Floride : GRUNNE AND STRATTON, 1967.
- 41 - **Haley, J.** « *Uncommun Therapy : The Psychiatric Techniques of Milton Erickson* », New York : M. D. NORTON, 1973.
traduction française, « *Milton H. Erickson : Un thérapeute hors du commun* », Paris : EPI, 1984.
- 42 - **Haley J.**, « *Reflections on Therapy* », présentation donnée à la Fourth Don D. Jackson Memorial Conference, 1978.
- 43 - **Haley J.**, « *Conversations with Milton Erickson, MD* », New York : TRIANGLE PRESS, 3 volumes, 1985.
Traduction française, « *Conversations avec Milton Erickson* », Paris : ESF 2^{ème} éd., 1997.
- 44 - **Haley, J.** « *Aspects de la thérapie familiale des systèmes et psychothérapie* », in *La thérapie familiales en changement*, Elkaïm M., Paris : LES EMPECHEURS DE PENSER EN ROND, 1994.
- 45 - **Jackson D.**, « *The Question of Family Homeostasis* », in *The Psychiatric Quartely Supplement*, n°31, 1^{ère} partie, 1957.
Traduction française, « *La question de l'homéostasie familiale* », in *La nouvelle communication*, sous la direction de Winkin Y., 2^{ème} édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 46 - **Jong P. (de) & Berg I. K.**, « *Interviewing for Solutions* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1998.
Traduction française, « *De l'entretien à la solution* », Bruxelles : SATAS, 2002.
- 47 - **Keim J.**, « *L'approche stratégique* », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.
- 48 - **Kerouac M.**, « *Les métaphores, contes thérapeutiques* », Québec : EDITIONS DU III^e MILLENAIRES, 1989.
Edité en Europe, « *La métaphore thérapeutique et ses contes, études éricksoniennes* », Bruxelles : SATAS, 2^{ème} Edition, 2000.

- 49 - **Korzybski A.**, « *Science and Sanity* », The International Non-Aristotelian Library, Conn. 1933
- 50 - **Kourilsky F.**, « *Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement* », 2^{ème} édition, Paris : DUNOD, 1999.
- 51 - **Le Moigne J.-L.**, « *Les épistémologies constructivistes* », col. Que sais-je ?, 2^{ème} édition, Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1999.
- 52 - **Lidz T., Cornelison A., Terry D. & Flerck S.**, « *Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient VI. The transmission of Irrationality* », Archives of Neur. Psychiatry, n°79, 1958.
- 53 - **Lipset D.**, « *Bateson, The Legacy of a Scientist* », Boston : BEACON PRESS, 1980, cité in *A la recherche de l'école de Palo Alto*, Wittezaele J.-J. & Garcia T., Paris : EDITION DU SEUIL, 1992.
- 54 - **Megglé D.**, « *Les thérapies brèves* », Paris : PRESSES DE LA RENAISSANCE, 2002.
- 55 - **Martineau W. & Cadiet L.**, « *Urgence psychiatrique aiguë et transitoire, approche psychothérapique et interactionnelle de la crise* », in *Urgences psychiatriques : guide pratique, thérapeutique et juridique*, Cadiet L., Paris : ESTEM, 1997.
- 56 - **Minuchin S. & Fishman H.-C.** « *Family Therapy Techniques* » Cambridge : MA, HAWARD UNIVERSITY PRESS, 1981.
- 57 - **Morin E.**, « *La Méthode* », Paris : EDITION DU SEUIL, tome I, 1977, tome II, 1980, tome III, 1987, tome IV, 1991.
- 58 - **Nardone G.**, « *Paura, Panico, Fobie* » Firenze : PONTE ALLE GRAZIE, 1993. Traduction française, « *Peur, Panique, Phobie* », Paris : L'ESPRIT DU TEMPS, 2002.
- 59 - **Nardone G.**, « *Le langage qui guérit : la communication comme véhicule de changement thérapeutique* », in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- 60 - **Nardone G.**, « *Centro di Terapia Strategica* », Arezzo, [en ligne], disponible sur : <<http://www.giorgionardone.it>>, (consulté le 13/03/2004).
- 61 - **Nardone G. & Watzlawick P.**, « *Terapia breve strategica* », Milan : RAFFAELLO CORTINA EDITORE, 1997. Traduction française, « *Stratégie de la thérapie brève* », Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.

- 62 - **O'Hanlon W. H. & Weiner-Davis M.**, « *In Search of Solutions* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1989.
Traduction française, « *L'orientation vers les solutions* », 2^{ème} édition, Bruxelles : SATAS, 1995.
- 63 - **OMS**, « *C.I.M. 10, Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Description clinique et directives pour le diagnostic* », Paris : MASON, 2000.
- 64 - **Pregno G.**, « *La construction de 'réalités' interpersonnelles* », Interview de Paul Watzlawick, Fondation Kannerschlass Suessem, le 19 octobre 1995, **[en ligne]**
Disponible sur : <<http://www.kannerschlass.lu/watzlawick.htm>> (consulté le 13/02/2004).
- 65 - **Piaget J.**, « *Le Structuralisme* », col. Que sais-je ?, 9^{ème} édition, Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1987.
- 66 - **Prigogine I. & Stengers I.**, « *L'ordre par la fluctuation et le système social.* », in *L'idée de la régulation dans les sciences*, Paris, 1977.
- 67 - **Robin B.**, Communication personnelle, « *Traitement hospitalier pour adolescents en crise* », XII^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, « *Place de l'hospitalisation temps plein dans les soins en psychiatrie – Etat actuel* », Tours, 1^{er} au 4 octobre 2003.
- 68 - **Rogers C.**, « *Client-centered Therapy* » Boston : HOUGHTON MIFFLIN, 1951.
Traduction française, « *La relation d'aide et la psychothérapie* », Paris : ESF, 1978.
- 69 - **Rogers C.**, « *On becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* » Boston : HOUGHTON MIFFLIN, 1961.
- 70 - **Rosen S.**, « *My Voice will go with You. The Teaching Tales of Milton Erickson* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1982.
Traduction française, « *Ma voix t'accompagnera. Milton Erickson raconte* », Paris : HOMMES ET GROUPES, 1986.
- 71 - **Rossi E.**, « *The symptome Path to Enlightenment* », Californie : PACIFIC PALISSADES, 1996.
Traduction française, « *Du symptôme à la lumière* », Bruxelles : SATAS, 2001.
- 72 - **Roustang F.**, « *La fin de la plainte* », Paris : ODILE JACOB, 2000.
- 73 - **Rosnay J. (de)**, « *Le Macroscopie. Vers une vision globale.* » Paris : EDITION DU SEUIL, 1975 et coll. « Points Essais », 1977.

- 74 - **Ruesch J. & Bateson G.**, « *Communication, the Social Matrix of Psychiatry* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1951, 2^{ème} Edition, 1968.
Traduction française, « *Communication et société* », Paris : EDITION DU SEUIL, tome I, 1988.
- 75 - **Seron C. & Wittezaele J.-J.**, « *Aide ou Contrôle : L'intervention thérapeutique sous contrainte* » Bruxelles : DE BOECK-WESMAEL, 1998.
- 76 - **Shannon C. & Weaver W.**, « *The Mathematical Theory of Communication* » Urbana, Chicago et Londres : UNIVERSITY OF ILLINOIS PRESS, 1949, 12^{ème} Edition, 1971.
- 77 - **Shazer S. (de)**, « *Patterns of brief family therapy* », New York : GUILLFORD, 1982.
- 78 - **Shazer S. (de)**, « *The death of resistance* » in *Family Process*, n°23, p 11 à 21, 1984.
- 79 - **Shazer S. (de)**, « *Keys to Solution in Brief Therapy* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1985.
Traduction française, « *Clés et solutions en thérapies brèves* », Bruxelles : SATAS, 1998.
- 80 - **Shazer S. (de)**, « *Putting difference to work* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1991.
Traduction française, « *Différence, Changement et thérapie brève* », Bruxelles : SATAS, 1996.
- 81 - **Shazer S. (de)**, « *Words Were Originally Magic* », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1994.
Traduction française, « *Les mots étaient à l'origine magiques* », Bruxelles : SATAS, 1999.
- 82 - **Shazer (de)**, « *Brief Family Therapy Center, Solutions since 1982* », Milwaukee
[en ligne]
Disponible sur <<http://www.brief-therapy.org>>. (consulté le 10/02/2004).
- 83 - **Shazer S. (de), Berg I. K., Lipchik E. & all.**, « *Brief therapy : Focused solution development* », in *Family Process*, n°25, p 207 à 221, 1986.
Traduction française, « *Thérapie brève : un développement centré sur la solution* », in « *Stratégie de la thérapie brève* », sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- 84 - **Shazer S. (de), & Hopwood L.**, « *D'ici là vers on ne sait où : l'évolution continue de la thérapie brève* » in « *Panorama des thérapies familiales* », sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.

- 85 - **Simon F., Stierlin H. & Wynne L.** « *The Language of Family Therapy : a Systemic Vocabulary and Sourcebook* » New York : FAMILY PROCESS PRESS, 1985.
- 86 - **Swain G. & Gauchet M.** « *Du traitement moral aux psychothérapies* », in *Dialogue avec l'insensé, Essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris : GALLIMARD, 1994.
- 87 - **Virost C.**, « *Hypnose, stratégie et psychothérapie* », [en ligne], thèse de médecine, Rennes : Université de Rennes, 1988.
disponible sur : <<http://www.hypnoses.com/these/biographieerickson.html>>
(consulté le 15/12/2003)
- 88 - **Wainstein M.**, « *L'influence du constructivisme sur la thérapie brève interactionnelle* », in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- 89 - **Watzlawick P.**, « *Patterns of Psychotic Communication* », in *Problems of Psychosis*, textes rassemblés par Doucet & Laurin, Amsterdam : EXCERPTA MEDICA, 1971.
Traduction française, « *Structure de la communication psychotique* » in *La nouvelle communication*, sous la direction de Winkin Y., 2^{ème} édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 90 - **Watzlawick P.**, « *How Real is Real? Communication, Disinformation, Confusion* », New York: RANDOM HOUSE, 1976.
Traduction française, « *La réalité de la réalité, Confusion, désinformation, communication* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1978 et coll. « Points Essais », 1984.
- 91 - **Watzlawick P.**, « *The Language of Change* », New York : BASIC BOOK, 1978.
Traduction française, « *Le langage du changement* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1980 et coll. « Points Essais », 1986.
- 92 - **Watzlawick P.**, « *Die Erfundene Wirklichkeit, wie wissen wir, was wir zu wissen glauben ? Beiträge zum Konstruktivismus* », München : R. PIPER VERLAG, 1981
Traduction française, « *L'invention de la réalité, comment savons-nous ce que nous croyons savoir ? Contribution au constructivisme* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1988 et coll. « Points Essais », 1999.
- 93 - **Watzlawick P.** « *La construction de réalités cliniques* », in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- 94 - **Watzlawick P.** « *La technique psychothérapeutique du recadrage* », in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.

- 95 - **Watzlawick P., Beavin J. & Jackson D.**, « *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* », New York : NORTON, 1967.
Traduction française, « *Une logique de la communication* » Paris : EDITION DU SEUIL, 1972 et coll. « Points Essais », 1979.
- 96 - **Watzlawick P. & Weakland J.**, « *The Interactional View* », New York : NORTON, 1977.
Traduction française, « *Sur l'interaction* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1981.
- 97 - **Watzlawick P., Weakland J. & Fisch R.** « *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution* », New York : NORTON, 1974.
Traduction française, « *Changement : paradoxes et psychothérapie* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1975 et coll. « Points Essais », 1981.
- 98 - **Widler C.**, « *Entretien avec Paul Watzlawick* », in *La nouvelle communication*, sous la direction de Winkin Y., 2^{ème} édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- 99 - **Wiener N.**, « *Cybernetics : Or Control and Communication in the Animal and the Machine* », Cambridge : MIT PRESS, 1965.
- 100 - **Winter J.**, « *Le modèle évolutif de Virginia Satir* », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.
- 101 - **Witzeaele J.-J. & Garcia T.**, « *A la recherche de l'école de Palo Alto* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1992.
- 102 - **Witzeaele J.-J. & Garcia T.**, « *L'approche clinique de Palo Alto* », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.
- 103 - **Wittgenstein L.**, « *The blue and brown books* », New York : Harper & Row., 1958.
Traduction française, « *Le cahier bleu et le cahier brun* », Paris : GALLIMARD, 1965.
- 104 - **Wittgenstein L.**, traduction anglaise, « *Philosophical Investigations* » in *Tractatus logicophilosophicus*, 3^{ème} éd., 1958.
Traduction française, « *Investigations philosophiques* », Paris : GALLIMARD, 1961.
- 105 - **Zeig J.**, « *Experiencing Erickson* », New York : BRUNNER-MAZEL, 1982.
Traduction française, « *La Technique d'Erickson* », Paris : HOMMES ET GROUPES, 1988.
- 106 - **Zeig J.**, « *Les vertus de nos défauts : un concept clé en hypnose éricksonienne* », in *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.

- 107 - **Zimmerman J. L. & Dickerson V. C.**, « *Les narrations en psychothérapie et le travail de Michael White* » in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris : EDITION DU SEUIL, 1995.

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 **DUNOD**, 1999, Kourilsky F., « *Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement* ».
- Figure 2 **PACIFIC PALISSADES**, 1996, Rossi E., « *The symptome Path to Enlightenment* ».

Nom : **Lelarge**

Prénom : **Elise**

Titre : **Approche Psychothérapique Solutionniste en Institution**

A Propos d'une Adolescente en Situation de Crise

Résumé

Ce travail a pour ambition de décrire les principaux aspects théoriques et pratiques de l'approche psychothérapique centrée sur les solutions ainsi que d'en dire l'intérêt.

Une analyse théorique présente d'abord les liens de celle-ci avec, d'une part, l'approche éricksonienne, et d'autre part la thérapie systémique. Les notions d'hypnose conversationnelle ainsi que les travaux de l'école de Palo Alto sont développés comme source des thérapies brèves solutionnistes : recherche en communication du groupe de Bateson et travaux cliniques du MRI avec Weakland et Watzlawick notamment.

Les spécificités conceptuelles du travail de Steve de Shazer (épistémologie constructiviste, jeux de langage, utilisation des « différences », exceptions au problème et solutions...) sont ensuite précisées pour laisser percer en filigrane la pensée sous-jacente à cette approche thérapeutique et en dégager les fondements éthiques.

Les techniques thérapeutiques orientées sur les solutions, telles que la question miracle, sont enfin présentées, commentées et illustrées par une observation clinique détaillée.

Mots Clés

- Adolescent - Bateson - Constructivisme - Crise - Erickson -
- Palo Alto - de Shazer - Systémique - Thérapies brèves orientées solutions -