

II. DE L'HYPNOSE A LA STRATEGIE.

1. CONCEPTS GENERAUX

L'hypnose : un outil clinique
La stratégie complète l'hypnose
La thérapie pour le changement
Les deux niveaux de changement
Les deux niveaux de changement
Hypnose et changement I
Stratégie et changement II
Psychothérapie et changement III
Recadrage
Une drôle de course
Une étape courte mais difficile : la première
Un faux départ
Alléger l'entraîneur
Comment marcher sur du verglas ?

2. L'HYPNOSE

Un outil évolutif
De l'induction universelle à l'hypnose individuelle.
Une conception clinique
De la simplicité inconsciente à la difficultés consciente
Potentialiser les compétences
Des cadres de références inconscients
La solution intérieure
L'hypnose du thérapeute
Optimiser les états de dissociation
L'hypnose sans hypnose
« Les ongles d'HENRY »

3. LA SOUPLESSE

A INDIRECTION

Le vieux Joe et le plan de tomate.
L'évocation
La non visibilité
La permissivité
La liberté
Médiation inconsciente

B UTILISATION

4. LA STRATEGIE

QUELQUES DEFINITIONS



Un thérapeute actif et inventif
Le processus thérapeutique
La partie n'est pas le tout
Circonscrire le symptôme

POSITION DU THERAPEUTE

Questions sans réponse

LE PARADOXE

Quel est l'intérêt des paradoxes dans une psychothérapie stratégique,
avec ou sans hypnose ?
La prescription du symptôme
Régime de bombance
Une prescription répond à des règles

LA RESISTANCE

Utiliser la résistance
Transformer la résistance en un comportement hypnotique
Résistance active ou passive ?
Construire la résistance.
Déplacer la résistance
Refus thérapeutique de l'amélioration

5. CONCEPTS GENERAUX

II. De l'hypnose à la stratégie.

L'hypnose : un outil clinique

Erickson a mené de nombreuses expérimentations sur l'hypnose pour étudier la réalité hypnotique dans sa dimension de communication, celle qui est importante lors de son utilisation en clinique ; Il a toujours orienté ses travaux dans ce sens pragmatique avec la conviction que les états de dissociation hypnotique sont un outil irremplaçable au thérapeute qui s'occupe des individus en souffrance et tente de les aider par une approche psychothérapique, c'est-à-dire lorsqu'il va mettre en œuvre uniquement les capacités psychiques que possède l'individu.

La stratégie complète l'hypnose

Lorsqu'on parle de psychothérapie et d'Erickson, on pense directement à l'hypnose et pourtant pour lui, l'hypnose n'est qu'un moyen, un outil thérapeutique, ce qui suppose que ce n'est pas suffisant ; il est en effet indispensable d'y ajouter une autre dimension : la stratégie.



C'est seulement en associant l'hypnose et la stratégie qu'un changement pertinent peut survenir ; Selon les cas, les thérapies semblent reposer plus sur l'hypnose ou plus sur une stratégie mais nous verrons que dans tous les cas c'est en utilisant des états de dissociation dans une optique stratégique que la psychothérapie peut atteindre son but : un changement qui s'inscrit dans la réalité quotidienne de l'individu.

La thérapie pour le changement

La notion de changement est essentiellement pragmatique, elle signifie que, si on compare ce qui se passe avant la psychothérapie et ce qui se passe après, quelque chose de différent est survenu, un nouveau système relationnel et communicationnel s'est mis en place, l'individu trouvant une autre orientation dans cette nouvelle réalité. Le changement de l'individu qui demande de l'aide sera le plus souvent insuffisant. Il est indispensable que ce changement puisse prendre place dans le système qui générerait la souffrance et pour cela il est nécessaire que ce système change également.

Les deux niveaux de changement

Nous avons d'un côté deux approches thérapeutiques complémentaires chez Erickson : l'hypnose et les stratégies (cette dimension a été mise en évidence chez Erickson par Jay Haley (27)) ; D'autre part nous avons deux niveaux de changement : celui de l'individu et celui du système ou du contexte du problème. Quelles sont les relations entre ces multiples aspects ? L'école de Palo Alto, qui a beaucoup travaillé sur les méthodes thérapeutiques d'Erickson, a proposé un modèle exposé par Paul Watzlawick (57, 59) : il existe deux niveaux de changement, le changement de type I et le changement de type II.

Hypnose et changement I

L'hypnose, par son action au niveau intrapsychique, met en route des processus inconscients qui vont permettre un changement de type I, c'est-à-dire un changement qui permet au système de se maintenir sans remaniement. Prenons le cas d'un symptôme phobique ; des séances d'hypnose, permettant un remaniement interne peuvent le réduire ; l'individu souffre donc moins, mais le symptôme qui a présidé à son apparition et à son maintien reste le même. La disparition du symptôme considéré comme élément de communication ne modifie pas le système, l'individu est alors confronté à un nouveau déséquilibre qui entraînera soit la réapparition du symptôme, soit l'apparition d'un autre symptôme, des troubles dépressifs par exemple.

Stratégie et changement II

C'est ici que la stratégie prend place ; elle a pour rôle de produire un changement de type II qui va s'inscrire dans le contexte, dans le système relationnel dans lequel le symptôme était inscrit. C'est par ce réaménagement du contexte que la disparition du symptôme peut être validée. La stratégie prolonge la séance jusqu'à la séance suivante et, plus globalement prolonge le changement qui survient dans la thérapie jusqu'à la réalité du patient. A titre d'exemple, le premier moyen stratégique à la disposition de l'hypnothérapeute est la



suggestion post-hypnotique, laquelle est remplacée par les prescriptions lorsque l'hypnose formelle n'est pas employée.

Dans l'approche Ericksonnienne, les deux niveaux de changement sont abordés simultanément, ils se justifient et se renforcent simultanément.

Psychothérapie et changement III

Si l'on considère maintenant le système thérapeutique qui se met en place dès qu'un patient et un thérapeute se rencontrent, il est possible d'évoquer un autre type de changement, qui n'est pas dirigé vers le symptôme ou le contexte relationnel du patient mais sur le système thérapeutique lui-même ; un changement de type III. C'est un changement d'un niveau logique différent des deux précédents ; la thérapie communique sur le symptôme et sur le contexte c'est-à-dire qu'il y a création d'un système méta-communiquant sur les deux précédents ; mais le but de ce système est de disparaître, le changement III rend caduque le système thérapeutique lorsque la triangulation qui avait été introduite n'est plus nécessaire.

Recadrage

Aussi paradoxal que cela apparaisse, la première difficulté avant de commencer une telle psychothérapie est de définir le problème qui devra être formulé en terme de comportement ici et maintenant, de manière à l'objectiver. C'est seulement après ce recadrage que peut s'aborder le but de la thérapie qui lui aussi devra être objectivable et être considéré par le patient et le thérapeute comme un changement.

Une drôle de course

La thérapie n'est donc plus une course de fond où seuls les plus résistants peuvent atteindre le but, c'est encore une course mais au départ, on ne sait pas s'il s'agit d'un sprint ou d'un parcours à obstacles et à trajets variables dans laquelle chaque étape est une réussite, dont il faut tenir compte avant de choisir le parcours suivant en fonction des capacités de chaque coureur. Chacun peut y participer et y gagner quelque chose, c'est à l'entraîneur de ne pas envoyer le coureur sur un terrain pour lequel il n'est pas adapté. Il y a donc autant de parcours que de participants et il peut arriver qu'un coureur trouve une route particulièrement brève pour atteindre son but ; comme dit Erickson : « *Si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement* » (21 page 25), si cette occurrence est acceptable pour le thérapeute.

Une étape courte mais difficile : la première

Lorsque ce schéma est accepté, il devient possible de proposer au patient une première étape courte et relativement facile dont le but est de préparer à des étapes plus importantes ; à quelqu'un qui n'a jamais réussi à faire un cent mètres, il est plus réaliste de proposer de courir cinquante mètres qu'un marathon. Cette première étape sera souvent la plus difficile, c'est un premier changement minime dans la conviction du patient d'être impotent et de ne pouvoir atteindre un objectif satisfaisant. La loi du tout ou rien n'est pas pertinente pour Erickson ; chaque étape est un nouvel apprentissage pour de plus grands changements.

Un faux départ



Lorsque l'on définit le changement comme but de la psychothérapie, il devient plus facile de ne plus laisser le patient entrer dans le système thérapeutique, s'y adapter et ne plus bouger, sinon dans le cadre thérapeutique lui-même (ce qui en fait, par rapport au système thérapeutique ne représente qu'un changement I). Le coureur s'est inscrit mais n'a pas encore commencé à courir. Ceci s'évite en mesurant l'évolution avec des données externes à la thérapie mais aussi en faisant participer activement le patient, dans son comportement et non plus seulement dans son discours.

Cette participation active du patient et du thérapeute et les changements d'orientation possibles ne peuvent se mettre en place que si une solide relation de confiance s'établit entre les deux protagonistes. Ce n'est pas par sa capacité à manipuler un modèle théorique élaboré qu'Erickson donne confiance au patient mais en l'abordant dans sa réalité humaine immédiate, qui donne au patient le sentiment d'être compris dans sa souffrance actuelle. Il va tenter de s'adapter à son patient, en utilisant son langage, en établissant le contact tant sur le mode verbal que non-verbal pour lui proposer un cadre dans lequel il puisse se sentir à l'aise.

Alléger l'entraîneur

Erickson souhaite que les thérapeutes sortent de leur immobilisme et se débarrassent de la chape de plomb théorique qui pèse sur les épaules et limite considérablement le champ de leurs interventions pratiques, il leur préconise d'utiliser au maximum leur imagination et leur expérience personnelle, comme il l'a fait lui-même dans sa vie. Ce n'est pas facile, mais nous allons voir que les moyens et les idées qu'il nous a laissés sont nombreux, les uns et les autres demandant à être adaptés à chaque thérapeute en fonction de ses propres capacités et en fonction de sa propre compréhension de la souffrance humaine. Le premier bénéficiaire de cet allègement est le patient qui peut alors prendre le chemin le plus adéquat, sachant que le thérapeute a la possibilité de le suivre.

Nous terminerons par une histoire d'Erickson qui nous montre comment, en connaissant les ressources humaines, on peut aider quelqu'un à sortir d'un schéma mental établi.

Comment marcher sur du verglas ?

« Pendant la guerre, je travaillais au bureau de recrutement de Detroit. Un jour, en venant au bureau de recrutement, j'ai remarqué un vétéran qui revenait avec une jambe artificielle, et qui regardait une plaque de verglas avec méfiance, car il savait bien qu'il pourrait facilement tomber.

"C'est très lisse, lui dis-je. Restez où vous êtes. Je vais passer dessus et vous apprendre à marcher sur du verglas."

Il voyait bien que je boitais, et que je parlais donc de ce que je connaissais. Il me regarda faire et me demanda : "comment faites-vous donc ?"

" Je ne vais pas vous raconter, je vais vous apprendre. Bon, gardez les yeux bien fermés." Je le fis tourner sur lui-même, et marcher à reculons, puis en avant sur le trottoir non gelé. Je le fis déambuler d'avant en arrière sur des distances de plus en plus longues, puis de plus en plus courtes, jusqu'à que je puisse constater qu'il était complètement désorienté. Pour finir, je lui fis franchir la plaque de verglas.

"Ouvrez les yeux.

– Où est cette plaque de verglas ?

– Elle est derrière vous.

– Comment je l'ai franchie ?



– *Maintenant, vous allez comprendre. Vous avez marché comme si le ciment était dégagé. Quand on essaie de marcher sur du verglas, la tendance naturelle est de raidir ses muscles, en se préparant à tomber. C'est un schéma mental. Et alors bien sûr on tombe.*" » (52 p. 140)



6. L'HYPNOSE

En retraçant la vie d'Erickson, nous avons rencontré de nombreuses notions qui ont radicalement transformé l'hypnose tant dans ses définitions, que dans les techniques, que dans le cadre d'utilisation. Nous allons maintenant développer quelques uns de ses concepts sur l'hypnose et aborder l'aspect stratégique de sa pratique qui va permettre d'utiliser des techniques à première vue très différentes.

Un outil évolutif

L'hypnose est le premier outil thérapeutique qu'Erickson a étudié et utilisé, en se démarquant très vite des conceptions classiques. Il a pourtant beaucoup expérimenté l'hypnose traditionnelle et a même laissé son nom à une technique d'induction par lévitation du bras, décrite par Chertok (11), et encore en vigueur.

Ce qui va faire d'Erickson un précurseur est sa recherche visant à individualiser l'hypnose, et par la suite toute psychothérapie, au patient. Nous verrons qu'en définitive, il n'utilisera plus que rarement l'hypnose formelle, mais cet apprentissage est irremplaçable pour celui qui veut mettre à profit les états de dissociation provoqués, en particulier dans le cadre d'une approche stratégique. Nous aborderons plus loin quelques aspects pratiques, voyons pour l'instant ce qu'il nous dit de l'hypnose et de son intérêt.

De l'induction universelle à l'hypnose individuelle.

Dès qu'il rencontre l'hypnose et y reconnaît des techniques qu'il a mises à profit dans ses processus de guérison, il refuse le modèle traditionnel. Hull pratique l'hypnose sous une forme proche de celle de Bernheim, il est même persuadé que le plus important est ce que dit ou fait le thérapeute, plutôt que le processus comportemental interne du sujet. Il tente d'ailleurs d'établir une procédure « standardisée » d'induction avec les méthodes naissantes d'enregistrement et de reproduction de la voix.

Il s'oppose donc à Hull et ses conceptions universelles qui ne tiennent pas compte des différences individuelles entre les patients, de leurs degrés d'intérêt, de leurs motivations ni de leurs capacités variables d'apprentissage. Cette attitude qui peut satisfaire peut-être à une recherche en laboratoire, n'a aucune pertinence pour un clinicien. Erickson s'intéresse à la dynamique interne du processus hypnotique et aux motivations internes propres à chaque individu.

Dans sa première recherche, il transforme la vieille conception autoritaire de l'hypnose en une approche permissive et utilisationnelle. Les suggestions ne sont plus machinalement et automatiquement imprimées dans l'esprit « blanc » du sujet ; au contraire, Erickson considère l'état de transe hypnotique comme un état de complexité dynamique et d'individualité où les propres capacités de la personne peuvent être utilisées pour faciliter le processus de guérison.

Une conception clinique

Lorsqu'Erickson tente de faire comprendre ce qu'est l'hypnose, ses propos sont descriptifs, ils ne peuvent être assimilés à une tentative d'explication théorique ; ce qu'il en dit trouve sa



validation dans une utilisation clinique. La transe étant un phénomène individuel, le clinicien ne peut se satisfaire d'une définition ou d'une description univoque.

L'hypnose peut être considérée comme un état de concentration intérieure dans lequel le conscient est focalisé sur une seule idée ou un seul train de pensée et devient indifférent à toute autre considération. Pendant qu'une partie est activée, le reste est « dépotentialisé », il se produit donc une « dissociation » entre différents états de conscience.

Les facultés conscientes étant dépotentialisées, elles libèrent d'autres possibilités de fonctionnement psychique qui sont habituellement considérées comme inconscientes ; il y a ainsi un deuxième niveau de « dissociation » : conscient – inconscient.

C'est un phénomène banal qui survient chez chacun, apparaissant spontanément dans de multiples circonstances, pendant un cours particulièrement prenant, ou dans un train lorsque nous prêtons plus attention à l'entourage.

L'hypnose n'est rien de plus dans une relation thérapeutique :

« Il s'agit d'un processus de comportement dans lequel les patients modifient leurs relations avec l'environnement ; ils modifient leurs relations avec vous et avec tout ce qui se déroule. » (21 p.59)

L'hypnose n'est plus un rituel mais un mode de communication interpersonnel, et il est souvent *« difficile d'établir de façon nette ce qui est une relation hypnotique et ce qui ne l'est pas »*. (J. Haley : 27 p.23)

De la simplicité inconsciente à la difficultés consciente

Pour Erickson l'hypnose est une chose banale, c'est aussi une chose simple que le thérapeute facilite par son attitude, mais, comme pour tout phénomène spontané, la difficulté réside dans l'apparition volontaire de ce comportement spontané qui, à ce moment là passe pour mystérieux ; C'est ainsi que l'on prête souvent aux hypnotiseurs des capacités magiques, qui pourtant sont à la portée de chacun, sous certaines conditions :

« Le thérapeute ordinaire doit savoir tout ce qui est possible concernant les sciences de la psychologie, le développement humain, le langage, la communication et la culture. » (Healing in hypnosis p.36). Mais de plus *« chaque patient est unique et même s'il existe des règles générales, chaque approche est unique. »* Alors, *« le thérapeute a beaucoup d'efforts, d'entraînement, d'attention, d'intelligence à fournir pour aider le patient à expérimenter certains phénomènes ; ils ne seront un peu mystérieux que pour le patient et l'observateur banal qui ignore toutes les circonstances précises à réunir et n'enregistre que ce qui se passe à l'extérieur »*. (Healing in hypnosis p.36).

L'hypnose est donc un état de conscience particulier, c'est un état interne, son apparition n'exige ni un rituel théâtrale de la part du praticien, ni un comportement extérieur de sommeil chez le sujet, qui, lorsqu'il existe, correspond en fait à une relaxation profonde.

Les phénomènes hypnotiques sont décrits selon un triple accord : un acte thérapeutique selon le point de vue du clinicien, une expérience subjective pour le patient et un ensemble de modifications objectivables pour celui qui est observateur (47).



Potentialiser les compétences

L'intérêt de l'hypnose réside dans l'existence de compétences internes, chez chaque individu, qu'il n'est pas possible d'utiliser consciemment ; en ce sens, le conscient constitue une limitation que la transe va pouvoir dépasser. Une observation d'Erickson va illustrer cette notion :

« Nous savons tous que nous pouvons aller voir un film de suspense et perdre un mal de tête sans recevoir aucune injection intra-veineuse, sans avaler un médicament, sans modifier d'une manière ou d'une autre les nerfs sensoriels. Et comment un film de suspense arrive-t-il à contrecarrer un mal de tête ? –mais c'est ce qui se passe. Par quel genre de processus ? Par l'établissement d'un train de pensée, d'une série d'associations et par la stimulation d'autres formes d'activité. Et pourquoi utiliser l'hypnose si ce n'est pour atteindre le même genre de but » (21 p.22).

C'est ce qui se produit spontanément ; en utilisant l'hypnose, *« votre but est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologiques ».* (21 p.29).

Des cadres de références inconscients

C'est sur ces compétences internes que le thérapeute compte pour que le patient dépasse des difficultés actuelles, l'hypnose est un moyen de les activer, de permettre à des mécanismes inconscients de s'exprimer à la place des efforts conscients.

« C'est en résumé ce qui fait que la suggestion hypnotique est efficace. Les patients sont gênés par des limitations acquises ; ils ont développé des catégories conscientes de pensée qui inhibent leurs efforts conscients de résolution des problèmes. En logeant les suggestions à un niveau inconscient, l'inconscient a une chance de résoudre le problème sans qu'il soit absolument gêné par les limitations de l'esprit conscient » (21 p.54).

Ces limitations s'effacent provisoirement lors de la transe, un réaménagement des cadres de références est alors possible. Des interactions nouvelles entre conscient et inconscient se mettent en place, il se produit un déplacement subjectif par rapport aux cadres de références ; à partir de ce nouvel observatoire, le patient peut appréhender la réalité sous un autre angle et laisser ses capacités créatrices imaginer des solutions pertinentes.

La solution intérieure

En fait le thérapeute n'est qu'un catalyseur qui active des potentialités déjà présentes dont il ne connaît souvent pas la nature.

Nous voyons ainsi que le thérapeute n'apporte pas les solutions au patient, comme le rappelle cette métaphore d'Erickson :

« Vous voyez le patient a à faire tout le travail. Vous pouvez seulement lui offrir un stimulus de départ. Aux courses, l'officiel tire un coup de pistolet, mais c'est le coureur qui gagne la course. Tirer un coup de pistolet annonce seulement le début de la course ; cela n'entre pas dans le processus de courir l'épreuve. Il en est de même avec l'hypnose. Ce que dit l'hypnothérapeute est comme de tirer le coup de pistolet. Le patient a alors à faire toute « la



course » par lui-même, et il peut seulement la faire en accord avec ses propres compréhensions. » (21 p.52)

Il s'agit ici d'une notion essentielle, ce sont ses propres solutions, étayées par ses propres références internes que le patient doit mettre en place et ceci est possible à condition d'utiliser l'hypnose sous une forme indirecte et utilisationnelle. L'hypnose n'est pas un but en soi, elle n'est qu'un moyen d'aider un individu à se réorienter par rapport à la réalité.

L'hypnose est donc une méthode particulièrement intéressante pour activer les capacités inconscientes d'un individu, et comme le dit Rosen (52 p.37) : *« la relation thérapeutique est une relation dans laquelle il y a un certain rapport entre le thérapeute et le patient et qui permet à leurs inconscients d'être plus pleinement réceptifs l'un à l'autre ».*

L'hypnose du thérapeute

Et comment l'inconscient du thérapeute peut-il, au mieux, être activé ? Par un état hypnotique chez le thérapeute, bien sûr. Ceci, en fait se produit souvent et très naturellement, dès que le thérapeute se met à observer très attentivement chaque signe ou modification comportementale qui apparaît chez le patient, ce qui entraîne une « attention intense très focalisée ». Erickson l'appelle la transe partagée : *« Lorsqu'il y a une question cruciale avec un patient et dès que je ne veux pas manquer d'indices, j'entre en transe »* (Healing in hypnosis p.34). Cet état n'avait jamais été décrit, peut-être du fait même de la façon dont l'hypnose était traditionnellement pratiquée, le thérapeute utilisant des séquences ritualisées dans lesquelles l'inconscient et l'inventivité sont peu sollicités. Au contraire, dit Erickson, dans une séance d'hypnose *« j'entre en transe pour pouvoir être plus réceptif à l'intonation et aux inflexions de voix de mes patients. Et pour m'entraîner à mieux entendre, à mieux voir j'entre en transe et j'oublie la présence des autres. Et les gens me voient en transe. »* (52 p.60)

Ceci repose sur une conception utilisationnelle de l'hypnose, c'est-à-dire que le thérapeute va utiliser tout ce que dit ou montre le patient avant ou pendant la transe, car ces éléments font partie de sa réalité et il peut les comprendre.

Optimiser les états de dissociation

Dans sa longue évolution clinique, Erickson s'est toujours placé dans une démarche souple et adaptable visant à rendre cette méthode toujours plus pertinente et plus respectueuse du patient dans sa totalité. L'hypnose étant le paradigme de toute réorientation à la réalité, comment l'adapter aux patients réfractaires ? C'est dans sa pratique qu'il a peu à peu répondu à cette question.

Il a conservé l'essentiel, à savoir introduire des niveaux de dissociation dans l'expérience subjective du sujet, en se détachant du cadre habituel et de la progression dans la séance : induction, transe, réveil.

L'hypnose sans hypnose

Cette pratique désoriente parfois lorsqu'on lit les écrits d'Erickson car on cherche vainement où se situe l'hypnose, on aimerait retrouver les indicateurs spécifiques qui réifient habituellement la transe (catalepsie, relaxation,...), indicateurs qui sont en fait des



épiphénomènes. Et pourtant l'hypnose définie comme dissociation des différentes réalités d'un individu est là. Mais elle est fugace, instantanée, elle se cache au détour d'une brève confusion, d'un paradoxe si anodin qu'involontaire, d'un déplacement de la résistance, d'une prescription surprenante. Un observateur attentif remarque alors la réduction des gestes, la fixité du regard, l'absence de clignement, l'hyperconcentration focalisée, autant d'éléments qui signent une dissociation hypnotique qui peut ne durer que quelques secondes.

Toutes ces techniques induisent instantanément une dissociation pendant laquelle des mécanismes de compréhension inconscients sont libérés. Instants mis à profit par la thérapeute pour placer une métaphore, pour suggérer une nouvelle idée qui lancera un processus inconscient de compréhension et peut-être de réaménagement dans la réalité.

Ces communications interpersonnelles qui reposent sur les mêmes techniques du thérapeute et sur le même état interne du sujet, mais où l'on ne retrouve plus de manière évidente les indicateurs de l'hypnose formelle sont appelées « hypnose sans hypnose ».

A partir d'un cas raconté par Erickson dans « l'hypnose thérapeutique » (p. 187-189), nous allons voir de quoi il s'agit ; nous ne ferons qu'effleurer les techniques, nous les étudierons au chapitre IV.

« Les ongles d'HENRY »

Un médecin, qui a étudié l'hypnose avec Erickson, lui adresse son fils de 26 ans parce qu'il se ronge les ongles.

« Je me ronge les ongles depuis l'âge de 4 ans. Et je sais pourquoi. Lorsque j'avais quatre ans, mes parents ont décidé de faire de moi un pianiste, et ils m'ont fait faire du piano quatre heures par jour. J'ai compris que si je me rongerais les ongles jusqu'au sang, ma mère prendrait pitié de moi. Elle ne l'a pas fait. »

« Cela m'a vraiment mis hors de moi et j'ai rongé mes ongles encore plus, mais elle continua à me faire faire du piano. Je n'ai rien obtenu, mais j'ai continué à me ronger les ongles pour régler mes comptes avec elle. »

« Mon père accepta de financer mes études universitaires aussi longtemps que je ferai du piano quatre heures par jour ; il décida alors que je devais aller à l'école de médecine, et il a fallu que je me fasse coller quatre ans de suite parce que je ne voulais pas être médecin. Pour ne pas être admis dans l'école de médecine, la dernière année j'ai triché d'une telle façon que j'ai été mis sur une liste noire dans toutes les écoles de médecine du pays ! »

« Maintenant, mon père voudrait que vous m'hypnotisiez pour que je ne me ronge plus les ongles, mais cette habitude est pour moi complètement établie et je ne pense pas que je pourrai l'arrêter ; mais cependant je suis ici. »

Erickson : « Oui, je vois que vous êtes ici. En ce qui concerne le fait de vous hypnotiser, quelle quantité d'hypnose avez-vous vraiment besoin pour m'écouter ? Je ne pense pas que vous ayez besoin de beaucoup, mais je ne pense pas non plus que vous aimiez vos petits bouts d'ongle. Et vous les rongez depuis que vous avez quatre ans, et maintenant vous avez vingt-six ans, et je suis assez désolé pour vous parce que depuis vingt-deux ans vous vous rongez les



ongles ; et vous n'avez jamais obtenu un morceau d'ongle de taille décente à arracher. Vingt-deux ans de frustrations !

L'homme me regarda, éclata de rire et dit : « je vois exactement ce que vous faites, mais ça alors, je vais faire exactement ce que vous dites ! »

Et c'est exactement ce qu'il fit : il laissa pousser un ongle, puis il ne fallut pas longtemps pour qu'il comprenne qu'il pouvait en laisser pousser deux... puis un troisième... Six mois plus tard, cette irréductible habitude avait disparu !

Qu'est ce que l'hypnose a à voir dans cette histoire ? Voici ce qu'en dit Henry :

« Je n'ai jamais pensé que vous pouviez m'hypnotiser, mais quand je songe à mon expérience dans votre cabinet – vous n'avez jamais essayé de m'hypnotiser, vous n'avez jamais utilisé de techniques hypnotiques. J'ai vu mon père utiliser l'hypnose dans sa pratique médicale. Vous n'avez jamais fait un geste, vous n'avez jamais prononcé un mot suggérant l'hypnose, mais, quand j'y pense, quelque chose s'est produit. Quand je suis entré la première fois dans votre cabinet, je pouvais voir la pièce toute entière. En quelques minutes, je ne voyais et je n'entendais que vous ; je ne voyais pas la bibliothèque ou les casiers ou le bureau ; je ne savais pas si quelqu'un entrait ou non ; je faisais simplement attention à ce que aviez à dire. Vous n'avez jamais discuté de mes conflits avec mes parents et pourtant ces conflits ont tout à fait disparu. »

Comment mieux décrire une transe hypnotique, alors même qu'aucune technique n'a été, **en apparence**, utilisée ?

En fait Erickson se rend immédiatement compte que ce jeune homme qui est en train de gâcher sa vie, a une grande demande d'aide mais qui n'acceptera rien qui ressemble à de l'obéissance pour son père, il n'acceptera sûrement pas l'hypnose telle que son père la pratique. Il va lui donner des idées pour qu'il change ses propres moyens et non ceux de son père. Pour cela Erickson va travailler avec l'hypnose, d'une manière extrêmement subtile et indirecte, tellement qu'en apparence, il n'y a pas d'hypnose. Il le surprend en lui disant qu'il n'a pas besoin de beaucoup d'hypnose, puis fixe son attention en lui montrant que depuis vingt-deux ans il se bat avec ses ongles pour un résultat dérisoire : de minuscules bouts d'ongles. Ce recadrage associé à la transe va permettre de nouvelles compréhensions au niveau inconscient.

Mais ce n'est peut-être qu'une simple suppression de symptôme, ou un déplacement ? Henry raconte la suite de son histoire, évoque son intolérance envers son père (qui veut maintenant l'envoyer dans une école de médecine à l'étranger !), son hostilité avec sa mère ; il dit alors : *« j'ai dix bons ongles maintenant, et je pense que je dois revoir ma façon de penser sur un bon nombre de choses. Le droit m'intéresse, je pense que je vais aller en droit. Mon père peut crier, il peut s'emporter et se mettre en colère s'il veut, mais je vais aller en droit. »*

Il procéda exactement ainsi et il a réussi... (il est devenu avocat, en payant ses études...en jouant de l'orgue électrique).

Nous voyons ici comment en s'attaquant directement au symptôme, un réaménagement secondaire peut survenir ; ces ongles neufs étaient devenus, pour Henry, le symbole de sa nouvelle capacité à se prendre en charge.



Cette histoire racontée par Erickson est reprise par Rosen dans « Ma voix t'accompagnera » (52), mais elle présente de notables différences car l'accent est mis sur d'autres points ; ceci illustre ce que nous disions dans la biographie, Erickson adapte en permanence son discours en fonction de ses interlocuteurs et présente ses histoires de façon à mettre en évidence tel ou tel aspect de la réalité.

7. LA SOUPLESSE

Erickson a donné à cette notion de souplesse une importance incontournable dans la psychothérapie et soutient l'idée que c'est le psychothérapeute qui doit s'adapter à son patient et non l'inverse comme c'est le cas en général. Le patient souffre de difficultés à s'adapter à ses conditions de vie, difficultés objectives pour lui, qu'elles soient objectives ou non pour le thérapeute. Il est en échec et l'exprime par ses symptômes fixés qui sont l'expression de sa rigidification. Le mettre dans une situation nouvelle, à laquelle il doit se plier va dans le droit fil de ses difficultés et met en place les conditions suffisantes pour un nouvel échec. Il est habituel de parler de résistances, ce qui a pour avantage de mettre l'échec sur le compte du patient, consciemment ou inconsciemment. Et pourtant, la résistance est inhérente à toute démarche de changement. Alors, pourquoi certains patients peuvent-ils surmonter ces résistances et d'autres n'y arrivent-ils pas, et ont plutôt tendance à les renforcer ?

Erickson a toujours pensé que l'attitude du thérapeute est prévalente, et que c'est cette rigidité qui contient les germes de l'échec. C'est donc au spécialiste de la communication de s'adapter à celui qui souffre de troubles de la communication. Mais, comment s'adapter aux patients qui, différent tous les uns des autres ?

La réponse est dans la souplesse, qui suppose d'être non-directif, et de suivre et d'utiliser au mieux ce que montre le patient, ce qu'il peut montrer ici et maintenant, afin de lui permettre de s'orienter différemment là et demain.

La souplesse n'est, cependant, pas synonyme d'inconsistance, de refus de s'affirmer devant le patient qui recherche souvent un point d'appui pour se réorienter. Le thérapeute reste un guide qui tient compte de l'état du terrain et des possibilités des voyageurs pour qu'ils atteignent leurs objectifs.

Nous allons étudier de plus près ces deux notions d'indirection et d'utilisation ; le cadre de description sera celui de l'hypnose puisque tel est notre propos, mais ce que nous en dirons s'applique aux autres situations thérapeutiques par simple transposition.

A INDIRECTION

Il peut sembler paradoxal de parler d'indirection à propos de l'hypnose, en particulier aux détracteurs qui connaissent l'hypnose par les démonstrations de spectacle. Et pourtant ce qualificatif colle parfaitement à la pratique Ericksonienne avec l'hypnose formelle ou non. Etre directif en thérapie signifie que le thérapeute « dirige » le patient vers la bonne solution et que, à la limite il lui impose sa propre version de la guérison. Ici, le thérapeute se laisse guider par son patient, par ce qu'il montre dès qu'il arrive, par les capacités qu'il peut mettre en œuvre, par les réponses qu'il donne que ce soit dans la séance d'hypnose ou dans la thérapie dans son ensemble. Le thérapeute est là pour garder le cap sur le but fixé, même s'il y a des détours.

Un cas clinique d'Erickson rapporté par J. Haley (27 p.359 et suiv.) nous semble illustrer parfaitement cette attitude qui permet d'aider des patients même lorsqu'ils sont réfractaires à toute approche. Nous essaierons ensuite de dégager les caractères essentiels d'une intervention indirecte.



Le vieux Joe et le plan de tomate.

Joe est un homme d'affaire en retraite, passionné par les fleurs et les plantes. Il vient d'être opéré d'une tumeur maligne à la face, et les médecins lui annoncent qu'il lui reste un mois à vivre, il en est bouleversé et des douleurs très intenses, permanentes sont apparues, peu sensibles aux médicaments. Erickson doutait de pouvoir l'aider, d'autant plus que Joe ne veut pas entendre parler d'hypnose ; cependant, « *j'avais le sentiment que si je m'intéressais sincèrement à lui et si je désirais l'aider, cela serait un réconfort pour lui* ». Joe ne communique qu'avec l'aide d'un bloc et d'un crayon en raison d'une trachéotomie.

Il va utiliser une technique appelée « interspersal technique », qui consiste à enchevêtrer des suggestions dans un discours anodin, c'est un « saupoudrage » de formulations banales qui ne deviennent des suggestions que par un changement d'intonation. (Elles sont en caractère gras dans les extraits ci-dessous).

Il l'aborde en disant que lui aussi aime les fleurs et qu'il a vécu dans une ferme ; mais il ne parlera pas de fleurs car Joe en connaît beaucoup plus à ce sujet...

« Ce n'est pas ce que vous voulez. A présent, pendant que je parle, et je peux le faire confortablement, je souhaite que vous m'écoutez confortablement, pendant que je vous parle d'un plan de tomate. C'est un drôle de sujet qui a de quoi éveiller la curiosité. Pourquoi parler d'un plant de tomate ? On met une graine de tomate en terre. On peut espérer qu'elle va germer et donner naissance à une plante qui sera source de satisfaction parce qu'elle donnera des fruits. La graine absorbe l'eau, et sans trop de difficultés à cause de la pluie qui apporte paix et réconfort. Cette petite semence, Joe, gonfle lentement et peut-être ne savez-vous pas ce que sont les racines : c'est ce qui aide la plante de tomate à se développer, à surgir de terre parce qu'il a poussé, et vous pouvez m'écouter Joe, c'est pourquoi je vais continuer à parler, et vous pouvez continuer à écouter, en vous demandant, simplement en vous demandant ce que vous pouvez réellement apprendre, et voilà votre crayon et votre bloc, mais pour en revenir au plant de tomate, il met tellement de temps à pousser ! Vous ne pouvez pas le voir grandir, vous ne pouvez pas non plus l'entendre –

Peut-être – et c'est un langage un peu puéril - peut-être que ce plant de tomate ressent vraiment une impression de confort et de paix pendant qu'il pousse. Chaque jour il pousse d'avantage, c'est tellement agréable, Joe, de regarder pousser une plante et de ne pas la voir pousser, de ne pas avoir l'impression qu'elle pousse, mais simplement de savoir que tout va de mieux en mieux pour ce petit plant de tomate où apparaissent une feuille, et puis encore une autre, et maintenant une petite branche ; et il pousse confortablement dans toutes les directions ».

(Il répète ce discours en modifiant la formulation et les suggestions).

Alors la femme de Joe est entrée sur la pointe des pieds en montrant un papier : « Quand allez-vous commencer l'hypnose ? ». Elle se rendit compte que Joe ne la voyait pas ; il était dans une transe profonde !

« Une telle plante éprouverait une impression agréable, une impression de confort pendant que les tomates minuscules commencent à se former, si petites et pourtant si pleines de promesses afin de vous donner le désir de manger une tomate succulente, gorgée de soleil, c'est si agréable d'avoir l'estomac rempli de nourriture, c'est une merveilleuse sensation qu'éprouve un enfant, un enfant qui a soif lorsqu'il veut à boire –



Vous savez, Joe, un plant de tomate prospère chaque jour mais seulement un jour à la fois. J'aime imaginer que le plant de tomate est capable de connaître chaque jour un bien-être total. Vous savez bien, Joe, seulement un jour à la fois, pour ce plant de tomate. Il en est ainsi pour tous les plants de tomate.

Imaginez, Joe, imaginez que cette graine dort si calmement, si confortablement, une belle plante qui ne s'est pas encore développée et qui portera des feuilles et des branches si intéressantes. »

C'est ainsi qu'Erickson induit un état de transe profonde et envoie des suggestions visant à calmer la douleur, par la relaxation, à donner envie de boire et de manger, à procurer un bon sommeil, tout simplement en parlant (avec des termes vraiment peu scientifiques parfois) de la croissance d'un plant de tomate. Ce qui importe à Joe n'est pas d'avoir un cours de biologie élémentaire, mais ce qui se passe en lui en ce moment.

Nous comprenons mieux aussi ce que veut dire « adopter le langage du patient », ou encore « le thérapeute laisse son inconscient s'exprimer » pour trouver les mots justes.

L'évocation

Le patient possède en lui tout ce dont il a besoin, il a des ressources inconscientes suffisantes mais il ne peut pas, actuellement, les utiliser. L'hypnose va permettre de s'adresser à cet inconscient, directement, non pas pour lui apporter le matériel du thérapeute dont il n'aurait que faire, mais pour tenter de libérer ses propres possibilités en les évoquant. Le sujet ne répondra à ces évocations que si elles trouvent des points d'articulation dans l'inconscient. Dans le cas contraire, elles ne sont pas « entendues ».

L'exemple le plus classique d'évocation est l'utilisation de métaphores qui, comme nous le verrons, sont chargées, par le patient, de compréhensions. Ici, Erickson s'adresse à Joe en évoquant la vie et la croissance de ce plant de tomate auquel il peut s'identifier sans inquiétude.

La non visibilité

Les interventions du thérapeute n'auront, le plus souvent aucun intérêt évident, visible par le conscient du sujet. Mais ce qui n'est pas visible pour le conscient peut l'être pour l'inconscient qui fonctionne à un niveau différent avec un langage différent, et il peut chercher et « voir » dans les interventions un lien avec le but poursuivi.

Un bon exemple de non visibilité est la technique du saupoudrage.

La permissivité

Parce que les suggestions sont permissives, le patient ne se sent pas tenu de les suivre, il peut les accepter ou non, selon qu'elles correspondent ou non à ses attentes, mais en aucun cas le thérapeute n'utilisera d'autorité pour les faire accepter. Le patient qui refuse une telle suggestion ne se vit pas comme un mauvais patient, et n'a plus besoin de faire semblant d'accepter.

Prenons une proposition de relaxation ; au lieu de dire : « Relaxez vous » ou « Détendez vous » (suggestion directe, autoritaire), qui suppose que le patient sait comment se détendre mais aussi qu'il en a envie, Erickson formulera ainsi : « Si vous le voulez, vous pouvez faire attention à votre respiration qui est, peut-être, plus calme et plus ample ». Le patient peut



refuser toute la suggestion de relaxation (je préfère continuer à parler), ou l'idée que la respiration est plus calme. Dans le premier cas il affirme son type d'orientation actuel à la réalité, et le thérapeute accepte ; dans le second cas la suggestion de ralentissement du rythme respiratoire est refusée, mais la suggestion cachée de recherche de sensation interne qui met en route la dépotentialisation du conscient est acceptée.

(On peut aussi dire que dans le premier cas la manipulation est refusée, dans le second, elle est acceptée ; le patient a fait un choix.)

La liberté

Les suggestions offrent au patient la possibilité de choisir parmi toute une classe de réponses, les suggestions sont dites « ouvertes ». Là encore le patient peut refuser toute la suggestion, comme précédemment, et il peut accepter ; dans ce cas, il n'est pas tenu à une seule réponse mais choisi ce qui est pertinent pour lui.

Reprenons l'hypothèse de la relaxation : la méthode de Schultz utilise cette suggestion : « Votre bras est lourd », c'est la lourdeur que doit ressentir le patient ; par la suite, il devra ressentir la douleur... Ceci prend en général plusieurs semaines, avec un entraînement intensif pluri-quotidien. Les patients qui utilisent cette méthode (qui présente d'autres intérêts) sont souvent fort ennuyés : au lieu de la lourdeur, ils ressentent de la légèreté, ou des picotements, ou de la chaleur, autant de sensations qui ne satisfont pas à l'obligation énoncée.

Partant du principe que ce qui est pertinent est ce que le patient peut développer, la suggestion prendra une forme de ce genre : « Peut-être, en parcourant les différentes parties de votre corps, vous allez trouver une sensation que vous n'aviez pas remarquée jusqu'alors...ou que vous aviez remarquée sans y faire attention (induit une confusion et un début de dissociation)... lorsque vous l'aurez trouvée, vous pouvez me le dire ». Cette formulation exprime que n'importe quelle sensation est bonne, quelque soit sa localisation ; le thérapeute va ensuite utiliser cette sensation de départ et la faire s'étendre au reste du corps, ou la lier à d'autres sensations qui vont ensuite se développer.

Nous voyons que ce qui est important, c'est ce que dit, pense, ressent le patient ; le thérapeute accepte et suit. Mais il faut créer les conditions dans lesquelles le patient va pouvoir, librement, exprimer ce qui est pertinent pour lui.

Médiation inconsciente

L'inconscient est le « magasin des ressources » de l'individu et, c'est parce qu'il est dans l'impossibilité de s'exprimer que l'individu est en difficulté. C'est donc lui qui est capable de mettre en place de nouvelles solutions, encore faut-il qu'il en ait l'opportunité. Toute la thérapie est centrée sur cet objectif. L'hypnose permet l'accès à l'inconscient, mais il faut encore utiliser un langage qui lui soit adressé, sans passer par le conscient. Les suggestions classiques s'adressent au conscient, les suggestions Ericksonniennes s'adressent à l'inconscient. Ce caractère est essentiel pour permettre les conditions d'apparition d'une solution pertinente, clef d'un changement adapté à l'individu.

Les précédents caractères que nous avons développés satisfont cette condition : le langage d'évocation, la non-visibilité par le conscient, la permission donnée à l'inconscient d'accepter ou non, et la liberté de développer les sensations et compréhensions pertinentes.



B UTILISATION

Etre souple, c'est aussi être capable d'utiliser au maximum les éléments qui entrent en jeu dans la thérapie, en particulier ceux qui sont amenés par le patient, plutôt que d'en imposer de nouveaux. Cette attitude se retrouve constamment chez Erickson et nous aurons de nombreuses occasions d'y revenir.

C'est ainsi que le thérapeute utilise un langage adapté, son langage habituel, et établit plus facilement le contact.

Voici un extrait de la thérapie de Harold, rapportée par Jay Haley (27) ; c'est la première entre Erickson et ce patient avec qui il travaillera, de manière épisodique, pendant plusieurs années.

« M'sieur, je n'suis qu'un crétin, un stupide crétin. J'suis capable de travailler. Tout c'que j'demande, c'est d'être heureux au lieu d'avoir la trouille, d'pleurer et d'avoir envie d'me tuer. Vous êtes le genre de docteur qu'y avait à l'armée pour rafistoler les types qui perdaient la boule, soignez moi, M'sieur, aidez moi, s'il vous plait. J'travaillerai dur pour vous payer, M'sieur, j'ai besoin d'aide. »

Il fit demi-tour et se dirigea vers la porte, les épaules voûtées et en traînant les pieds. Au moment où il s'apprêtait à sortir, je lui dis :

« Eh, écoutez moi. Vous n'êtes qu'un pauvre crétin. Vous en connaissez un bout coté travail et vous avez besoin d'aide. Vous n'y connaissez rien pour soigner les gens, mais ça, c'est mon rayon. Asseyez vous sur cette chaise et laissez moi faire mon boulot. »

Langage surprenant pour un psychiatre ! Voici ce qu'en dit Erickson : *« Je formulai intentionnellement ma réponse dans un style qui s'accordait avec le sien, et qui de plus était susceptible d'attirer et de fixer son attention. »*

Lors d'une transe, ce que montre le patient et ce qu'il dit sera aussi repris et utilisé par la thérapeute pour renforcer l'état d'hypnose mais aussi pour construire les suggestions thérapeutiques ; il est plus simple de se servir de ce qui se passe ici et maintenant que d'attendre parfois très longtemps que le patient puisse enfin répondre aux attentes du thérapeute.

Le thérapeute va aussi mettre à profit ce que sait déjà faire le patient ; l'expression la plus surprenante en est l'utilisation des comportements inconscients du patient, sous forme de prescription de symptôme, à l'occasion d'une séance d'hypnose ou non. Ce type d'intervention surprend en général le patient mais elle est facilement acceptable car simple, c'est quelque chose qu'il connaît bien. Il est même souvent soulagé d'avoir une collaboration si simple à apporter, et ne se rend pas très bien compte qu'il va alors faire volontairement ce qu'il faisait jusqu'alors involontairement.

Nous concluons par cette citation d'Erickson :

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. » (21 p.196).



8. LA STRATEGIE

C'est Jay Haley qui, après avoir étudié pendant dix-sept ans les techniques d'Erickson, a proposé ce terme de stratégie ; il est employé pour les thérapies dans lesquelles « le praticien provoque ce qui se passe au cours de la thérapie et prévoit une approche particulière pour chaque problème ». (27 p.21). Aux Etats-Unis, cette approche stratégique est également étudiée par Chloé Madanes (45, 46), alors qu'en France vient d'être publié par Jacques-Antoine Malarewicz le premier ouvrage consacré à ce courant conceptuel : « La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson » (49).

QUELQUES DEFINITIONS

D'une manière générale, on peut considérer qu'un thérapeute à une orientation stratégique lorsqu'il se donne les moyens, tout au long de la thérapie, de choisir ses outils d'intervention les plus appropriés, parmi ceux dont il dispose, pour accomplir ce qu'il considère être la ou les finalités de la thérapie.

La stratégie pourrait être définie par la liberté que se donne le thérapeute d'utiliser les différents moyens qui sont à sa disposition, ses propres ressources et celles de son patient dans le but de mettre en place le contexte nécessaire pour qu'un changement puisse survenir chez le patient, ce contexte thérapeutique semble parfois très contraignant mais il est nécessaire car il crée un espace de liberté dans lequel le changement pourra être initié.

La stratégie est rendue possible par l'utilisation de différentes techniques, de différents outils communicationnels que le thérapeute pourra employer soit spécifiquement, soit en associations, en fonction de l'évolution de la thérapie, donc en fonction des réponses du patient ; ceci repose sur la souplesse du thérapeute.

L'emploi de l'une ou l'autre de ces techniques n'est pertinent qu'à un moment donné, chez un patient donné.

Un thérapeute actif et inventif

Malarewicz (49) considère que deux attitudes sont essentielles chez le thérapeute qui choisit cette approche :

- l'activité. « La thérapie stratégique correspond à un mouvement, à un processus limité dans le temps et dont les finalités peuvent ou non répondre directement aux exigences du patient ».
- L'inventivité. Il doit mettre en œuvre son imagination pour composer avec un ensemble de techniques qui, comme des lettres forment des mots des phrases spécifiques pour chaque situation, chaque patient.

C'est alors que le thérapeute devient son principal outil d'intervention, il subvertit la réalité immédiate du patient pour la recadrer, mais il ne peut le faire qu'en ayant « *un but réel dans un futur proche* ». (53 p.49).



Le processus thérapeutique

On peut considérer qu'une thérapie stratégique se déroule selon un processus avec trois phases essentielles.

La séance qui est le moment de rencontre du patient et du thérapeute, rencontres dont vont dépendre les options choisies qui permettront de passer les autres étapes. Un changement peut apparaître dans ce lieu mais ce n'est pas le but ; le changement doit en effet s'intégrer dans une réalité quotidienne qui n'est pas celle de la séance et dont les points de référence ne sont pas ceux du thérapeute.

L'intervalle entre deux séances fait partie intégrante de la thérapie ; c'est là que le patient va transposer le contenu de la séance médiatisée par les prescriptions et les activités proposées par le thérapeute. Ces activités vont créer un lien entre les séances, sans pour autant créer systématiquement de lien évident avec le but de la thérapie.

La fin de la thérapie est la justification des séances et des intervalles ; les prescriptions pouvant alors prendre un sens. Elle est en général décidée par la thérapeute qui estime que le système thérapeutique n'a plus de raison d'être. Ce moment est toujours préparé, dès la première rencontre, en recherchant avec le patient une définition possible de la fin et en lui demandant le temps qu'il accorde au thérapeute. (cf chap. 4). En étudiant suffisamment cette fin avec le patient, il est important de lui aménager des portes de sortie honorables au cas où il ne souhaiterait pas aller au terme prévu, afin qu'il ne porte pas seul cette interruption.

L'attitude stratégique, par son caractère imprévisible, s'oppose à l'adaptation du patient au style du thérapeute, adaptation qui, le plus souvent, est une forme de résistance au changement.

La partie n'est pas le tout

Dans une optique stratégique, le thérapeute ne s'adresse pas à un patient qui « est » phobique mais à un individu qui montre par sa peur des ascenseurs qu'il est en difficulté dans un contexte relationnel. Cette peur ne représente qu'une des facettes de l'individu, il en a beaucoup d'autres parfaitement satisfaisantes. Le thérapeute stratégique oppose donc à un individu dans sa totalité, un secteur en souffrance. Cette présentation est une nouvelle orientation à la réalité qui rappelle que le tout est plus que la somme des parties.

Circonscrire le symptôme

Le thérapeute va donc s'attacher à réifier le symptôme, à en faire un objet, c'est-à-dire qu'il va essayer de rendre objectif ce qui était subjectif et indéfinissable. Le premier travail du thérapeute consiste donc à « *formuler et représenter le problème en termes aussi concrets que possible afin d'en faire un objet bien circonscrit, bien réel, bien palpable* ». (50 p.147). L'intérêt est de pouvoir déplacer cet « objet », de le dissocier de l'individu ; ceci induit une dissociation dans les différents niveaux de fonctionnement de l'individu, dissociation dont le rôle essentiel est mis en évidence par la pratique de l'hypnose.

Nous retrouvons donc l'hypnose... Comme le dit Jay Haley : « *une des manières de considérer la thérapie stratégique consiste à la regarder comme un prolongement logique de la technique hypnotique* » (27 p.23), ou encore « *Avec plus de facilité que la plupart des*



thérapeutes, un praticien entraîné à la pratique de l'hypnose est capable d'accepter l'idée que les sensations et les perceptions subjectives changent lorsque les relations évoluent ». (257 p.24).

Sur le plan pratique, la stratégie inclut différentes techniques ou concepts développés par Erickson. Nous allons en présenter quelques-uns ici, d'autres (les métaphores, l'apprentissage, le langage non-verbal) seront étudiés dans le prochain chapitre.

POSITION DU THERAPEUTE

Une relation thérapeutique habituelle est du type complémentaire avec le patient en position basse et le thérapeute en position haute ; le patient a une demande, le thérapeute tente de la satisfaire, ils forment un couple dont les membres se complètent, chacun détenant en principe des éléments que l'autre n'a pas. A un autre niveau, celui de l'argent, on peut considérer que les positions s'inversent : le thérapeute demande, le patient donne. La relation est toujours complémentaire.

Ce type de relation tend à accroître la différence : c'est ainsi que le thérapeute qui cherche à montrer à un patient qu'il ne va pas si mal se voit opposer une liste toujours plus longue de symptômes cherchant à prouver qu'il va vraiment très mal.

Ce mode relationnel implicite peut être utilisé par le thérapeute dans une optique stratégique en introduisant une situation paradoxale : il va lutter pour prendre la situation basse c'est-à-dire qu'il instaure une relation symétrique dans laquelle les deux membres tentent de minimiser la différence (ici l'écart de position). Pour prolonger notre exemple, le thérapeute va tenter de faire dire au patient qu'il va plus mal qu'il ne le dit.

Ceci induit une situation paradoxale intenable pour le patient qui ne peut pas accepter cette relation symétrique, il ne lui reste qu'à redéfinir lui-même ses difficultés dans le sens de la minimalisation offrant ainsi au thérapeute un cadre d'intervention plus spécifique et plus réaliste. Dans la pratique, nous voyons les patients circonscrire le but de la thérapie et proposer une participation au travail.

Cette attitude est particulièrement pertinente avec certains patients, ceux qui définissent leurs difficultés comme absolues, ou inversement qui formulent des demandes utopiques.

Dans la plupart des séances de thérapie, on observe ainsi de nombreux changements dans les positions respectives du patient et du thérapeute, l'un et l'autre oscillant de la position haute à la position basse, la relation étant symétrique ou complémentaire. Ce jeu dont le thérapeute essaie de garder le contrôle est caractéristique dans une thérapie stratégique qui considère comme négatif l'immobilisme et l'espoir que quelque chose bouge. Ici le thérapeute fait immédiatement apparaître un certain changement dans l'image du monde du patient.

Questions sans réponse

Nous avons eu à nous occuper d'un jeune patient psychotique hospitalisé en raison d'un comportement devenu intolérable pour son entourage dans l'établissement spécialisé d'où il venait : il abordait les uns et les autres et posait des questions banales, répétant la même



question à l'interlocuteur du moment, comme s'il n'entendait pas la réponse ; par exemple, il pouvait demander l'heure une dizaine de fois à l'un puis à un autre. Chacun redoutait de le rencontrer, ce qui aggravait sensiblement son anxiété. L'hospitalisation était assortie d'une demande de traitement neuroleptique qui semblait la seule solution susceptible d'améliorer la situation.

Dans le service, le même comportement s'est reproduit, des neuroleptiques ont été prescrits mais les effets secondaires étaient très importants... et les questions toujours aussi nombreuses ; rapidement la situation dans le pavillon est devenue intenable, tant pour le personnel qui ne savait plus quelle attitude adopter que pour certains patients qui sont devenus violents à son égard.

Ainsi nous avons décidé d'adopter son langage : lorsque nous le rencontrions, nous lui posions des questions, encore des questions, toujours les mêmes jusqu'à ce qu'il déclare : « Docteur, pourquoi vous me posez toujours la même question, je vous ai déjà répondu ». Il était plus désorienté, confus, qu'angoissé.

A notre niveau, la situation s'était inversée : nous pouvions le rencontrer sans aucune crainte et recherchions même sa présence ; c'est lui qui redoutait les entretiens et il se gardait bien de lancer le jeu sans fin.

Par contre, avec les autres personnes du service, il n'y avait aucun changement. Lors d'une réunion, nous avons exposé cette technique à l'ensemble du personnel, qui a, dans un premier temps considéré cette manœuvre comme inacceptable, puis compte tenu de la détresse générale, quelques uns ont dit : « Pourquoi pas ? ».

Et les uns et les autres attendaient notre jeune patient avec curiosité pour voir ce qui allait se passer... Et beaucoup ont été déçus : ils n'ont jamais eu l'occasion de mettre en œuvre cette méthode car, de ce jour ce comportement a définitivement disparu.

Que s'est-il passé ? Probablement, ce jeune patient a été rassuré de trouver en face de lui des gens qui ne le fuyaient plus, au contraire, ils le rencontraient avec plaisir, sans angoisse. Et ce patient ne manifestait plus cette terrible angoisse et n'avait plus besoin pour rencontrer les autres de les questionner sans fin...

LE PARADOXE

Le paradoxe : en logique, c'est une proposition susceptible d'entraîner une contradiction.

Cette proposition associe deux (ou plus) idées ou concepts qui sont énoncés en même temps, qui sont tous les deux vrais mais qui ne peuvent pas être vrais en même temps. Face à un paradoxe, nous avons un moment d'hésitation pendant lequel nous essayons de choisir l'une ou l'autre de ces vérités. Très rapidement, nous nous apercevons qu'en acceptant l'une nous sommes obligés de nier l'autre qui est aussi vraie que la première : dilemme !

Les exemples sont nombreux ; certains sont classiques : « Epiménide le Crétois a dit : tous les crétois sont des menteurs ». Si nous acceptons l'idée que tous les crétois sont des menteurs, Epiménide a donc menti en disant cela. Donc tous les crétois disent la vérité, y compris Epiménide. Au fait, Epiménide est-il un menteur ou dit-il la vérité ? Nous voyons dans cet énoncé que s'il dit la vérité, il ment, et réciproquement. C'est Bertrand Russel qui a permis de



dénouer ces situations grâce à la théorie des types logiques qui montre que dans ce cas le paradoxe naît de l'association de deux niveaux logiques différents. Ces problèmes de communication ont été beaucoup étudiés par l'école de Palo Alto dont l'ouvrage « Changements, paradoxes et psychothérapie » (57) préfacé par Milton H. Erickson constitue une référence incontournable pour ceux qui s'intéressent à la communication thérapeutique.

Ils ont mis en évidence un autre paradoxe tellement fréquent que nous finissons par ne plus nous en apercevoir et qui, pourtant est source de nombreux conflits. Il s'agit de la proposition : « sois spontané ».

Une femme dit à son mari : j'aimerais que tu m'offres des fleurs. Voici un homme dans l'impossibilité « d'offrir » des fleurs. En effet, ce genre d'attention n'a de valeur que dans la spontanéité, comme gage d'amour. Si cet homme, le lendemain offre des fleurs, sa femme pourra lui dire qu'il les a achetées parce qu'elle a demandé et non pas parce qu'il l'aime. Inversement, s'il n'en offre pas, ceci renforcera le doute de sa femme quant à l'amour qu'il lui porte. La demande de cette femme concernant une attitude qui ne peut être que spontanée a rendu impossible la survenue de cette attitude. Le mari peut s'en sortir en offrant un bijou, par exemple, mais la dame devra faire le deuil des fleurs.

Ceci est un exemple banal et le plus souvent, sans conséquences. Mais que se passerait-il s'il se répète et s'il prend des formes plus subtiles ? Les relations entre ces deux personnes deviendraient rapidement difficiles, car les seules réponses possibles sont l'éloignement ou la colère.

C'est le rôle des thérapeutes familiaux systématiciens que de reconnaître et de dénouer ces chaînes de communication pathologique.

Nous n'insisterons pas ici sur le rôle des injonctions paradoxales dans les interactions familiales, considérées par les théoriciens de la communication étiologique de la schizophrénie, en particulier lorsqu'elles deviennent le mode de communication « normal » pour un enfant. C'est la théorie du double-lien (double-bind) exposée par Gregory Bateson. (8).

Quel est l'intérêt des paradoxes dans une psychothérapie stratégique, avec ou sans hypnose ?

La connaissance des paradoxes permet de les repérer, soit chez les patients, soit dans la relation qui s'établit avec eux. Un paradoxe du type « soit spontané » peut survenir hors d'une relation interindividuelle, à l'intérieur d'un individu (peut être y a-t-il alors un processus interactionnel entre deux niveaux, conscients et inconscients). Un insomniaque se dira : « je dois dormir », alors que le sommeil ne peut survenir que spontanément. Un déprimé se dira : « je dois aimer ma famille », comme si l'amour pouvait survenir sur une injonction. Un homme souffrant d'impuissance se dira : « je dois avoir une érection », (sous-entendu : sinon ma femme pensera que je ne l'aime plus) ; il ne se rend pas compte qu'il s'enferme dans un paradoxe car il tente de commander une réaction physiologique et, par définition involontaire. Dans toutes ces situations, l'injonction ne fait que renforcer le dysfonctionnement. Nous verrons plus loin comment un thérapeute stratégique va tenter d'aider le patient à sortir de ces paradoxes.



Dans la relation entre un thérapeute et son patient, il existe également des paradoxes. C'est le cas lorsque la demande est formulée par quelqu'un de l'entourage du patient, que ce soit la famille, le milieu professionnel ou le juge ; il s'agit par exemple d'alcoolisme ou de toxicomanie. C'est le cas aussi lorsqu'un patient signifie en même temps qu'il veut changer (demande consciente) et qu'il oppose une résistance farouche à tout changement (demande inconsciente : je ne veux pas changer). Le thérapeute doit alors, en premier lieu travailler avec ce paradoxe pour le résoudre, car aucun processus de changement ne pourra se mettre en place sur ce terrain miné.

Nous sommes maintenant de plain-pied avec l'objet de ce chapitre, l'intérêt du paradoxe dans une optique d'intervention stratégique.

La prescription du symptôme

La prescription de comportement est une technique qui là encore prolonge directement l'hypnose et les suggestions post-hypnotiques. Le but est le même : transposer le changement de la thérapie à la réalité.

Le plus paradoxal pour un thérapeute à qui l'on demande de lutter contre un symptôme est de prescrire ce symptôme ; Erickson pense qu'il faut, au maximum, utiliser ce que sait faire la patient et il est très intéressant de lui demander de continuer ce symptôme, d'autant que cette tâche semble anodine. Nous avons déjà vu que face à un paradoxe, nous sommes contraints de réfléchir, de nous positionner, nous ne pouvons plus éviter la difficulté, ce qui représente déjà quelque chose de nouveau pour un patient.

Mais surtout, cette prescription place le patient face à deux paradoxes : il fait volontairement ce qu'il avait toujours fait involontairement, premier paradoxe ; la résistance au changement le conduit à lutter inconsciemment contre cette prescription de symptôme, alors qu'il avait toujours tenté de s'y opposer consciemment, deuxième paradoxe. En fait le thérapeute demande au patient de faire bien, volontairement, ce qu'il faisait mal, involontairement.

Dans ces multiples paradoxes, il devient très difficile pour le patient de tenir son attitude répétitive et figée habituelle ; il est ainsi conduit à un réaménagement de sa réalité interne pour essayer d'y échapper. Le thérapeute ne cherche en fait rien d'autre que de susciter un changement quelconque, première brèche dans le système de « défense » du patient. Ce n'est qu'une brèche, bien sûr, mais elle prouve que le changement est possible à un individu qui avait tant fait pour cela qu'il n'y croyait plus. Comme le dit Erickson : « *dès qu'on a fait le plus petit des changements d'autres suivent, qui, par effet de boule de neige, conduisent à des modifications plus importantes selon les possibilités du patient* » (57 avt propos). Ou, pour paraphraser l'axiome existentiel de Howard (36) : si quelqu'un parvient à connaître une nouvelle règle d'un jeu, il ne peut plus faire comme s'il ne la connaissait pas.

Régime de bombance (52 p.118)

« Une femme avait de l'embonpoint, ce qui la chagrînait beaucoup. Je lui fis remarquer : « vous avez un excédent de poids, et vous avez fait des régimes et des régimes sans résultat. Et vous me racontez que vous pouvez suivre un régime pendant une semaine, ou deux semaines, et même parfois trois semaines, et puis vous craquez et vous vous gavez. Alors vous êtes désespérée et vous vous gavez de plus en plus. »



Eh bien, je vais vous prescrire quelque chose. Continuez le régime prescrit autrefois par votre médecin. Maintenez-le deux ou même trois semaines, si vous pouvez. Et puis, le dimanche qui termine cette troisième semaine, gavez-vous à mort parce que c'est une prescription médicale. Vous pouvez vous empiffrer de quoi regagner tout ce que vous avez perdu en trois semaines. Et sans vous sentir coupable, puisque c'est une prescription médicale de vous gaver le dimanche. Et le lundi qui suit, reprenez votre régime. Tenez-le pendant trois semaines si possible, et puis offrez-vous une journée de ripailles, en toute innocence. »

Dans sa dernière lettre, elle me disait qu'elle avait trouvé un meilleur régime, bloquer sa faim pendant trois semaines. Elle avait envie d'avoir faim tous les jours, et d'apprécier la nourriture, en quantité adéquate, tous les jours. Les jours de ripaille lui avaient donné la force de jeûner pendant ces trois semaines. »

Erickson utilise donc ici une prescription de symptôme, en modifiant légèrement la conduite habituelle : le gavage se fera pendant un seul jour. Ce changement minime va induire un changement beaucoup plus important dont la patiente définit elle-même les termes.

Une prescription répond à des règles

Le thérapeute ne peut s'engager que dans ce qu'il croit être pertinent, l'adhésion du patient à la prescription répondra à la conviction du thérapeute. Le patient doit ressentir une confiance totale chez le thérapeute, ceci ne peut être simulé car certains indices non-verbaux incontrôlables le trahiraient.

Une prescription n'a de sens que si le patient n'a préalablement accepté une coopération active même si le bien-fondé ne paraît pas immédiatement évident, le thérapeute demandant le droit de proposer ce qu'il juge utile. Il demande au patient « un chèque en blanc » : « Est-ce que vous êtes d'accord pour faire ce que je vais vous demander ? » Le patient doit accepter sans savoir qu'elle sera cette demande, mais il peut savoir quand même que c'est quelque chose qu'il est capable de faire. Cette formulation permet, indirectement d'évaluer la motivation au changement. En cas de refus la curiosité légitime du patient n'est pas satisfaite ; il faudra alors se tourner dans une autre direction plus conforme avec les définitions du patient.

La tâche devra être abordable et simple dans sa réalisation, elle devra être acceptable par le système de pensée du patient. Nous retrouvons là une des règles acquises par la pratique de l'hypnose, à savoir qu'un individu n'accepte que des suggestions qui peuvent s'inscrire dans ses convictions, et que le non-respect de cette règle est le meilleur guide vers l'échec.

La prescription doit associer le corps du patient, car c'est sa réalité la plus immédiate, elle contiendra une consigne de faire un déplacement, d'écrire, ... pour lui donner un rôle actif dans l'intervalle jusqu'à la séance suivante. Une activité seulement psychique ne ferait que renforcer l'attitude antérieure des patients qui ont déjà beaucoup pensé à leur problème, sans succès, puisqu'ils sont là. Cette fois, ils vont devoir dépasser les simples pensées et faire des actes.

L'intérêt de la prescription n'est pas tant dans sa réalisation que dans la confrontation avec les éléments que cette tâche réactualise, ce n'est donc pas le résultat qui compte mais l'effet de catalyseur qui en résulte. Il n'est donc pas indispensable de vérifier le suivi de la prescription ni d'évaluer les effets immédiats ce qui en augmenterait, subjectivement et à tort,



l'importance. Il est au contraire intéressant d'attendre la réponse du patient afin de l'orienter, à priori, vers une nouvelle recherche.

LA RESISTANCE

Il peut sembler paradoxal de traiter de la résistance dans cette partie réservée à la stratégie, et pourtant cette résistance va elle aussi être mise à profit par le thérapeute, comme tout élément de communication. La résistance est inhérente à tout processus de changement, il se produit toujours un moment où il semble difficile et dangereux d'abandonner un symptôme ou un comportement qui peu à peu est devenu partie intégrante de l'individu mis aussi de son contexte relationnel. Que va-t-il se passer si ce symptôme disparaît ?

La résistance est, dans l'optique stratégique, un complexe composé de réactions conscientes, inconscientes et contextuelles. C'est pourquoi l'hypnose est souvent insuffisante, seule, pour obtenir un changement significatif et durable.

Avant de travailler avec un patient résistant, il est essentiel de déterminer quel est le niveau de cette résistance.

« Parfois des patients veulent entrer en lutte avec vous ; parfois vous leur faites tout simplement peur. C'est à vous de faire le diagnostic entre les deux. Serait-ce une lutte ? S'il s'agit d'une lutte, vous feriez bien d'arrêter tout de suite, car vous allez perdre cette lutte. Votre tâche est de transformer la situation en une situation qui ne soit pas une lutte. Et si le patient a peur, c'est à vous d'en parler. » (21 p.106).

Utiliser la résistance

« On doit toujours utiliser la résistance, quelle que soit celle que le patient amène dans le bureau » (21 p.106). Nous avons déjà évoqué cette nécessité générale d'utiliser tout ce que montre le patient considéré dans sa totalité.

Transformer la résistance en un comportement hypnotique

« Je peux demander à un patient : « comment préférez-vous montrer au mieux votre résistance ? Préférez-vous à cet instant précis décider que rien, absolument rien au monde, ne peut soulever votre main droite de votre cuisse ? Pourquoi ne pas faire de cette façon, et vous pouvez vraiment résister à tout effort cherchant à soulever votre main droite de votre cuisse. » « Je demande au patient d'offrir une résistance à un mouvement de la main. Il m'importe vraiment peu qu'il déplace ou non sa main, et pourtant il se consacre lui-même à faire exactement ce que je lui dis de faire ; et il résiste, et plus il résiste et plus il répond ! » (21 p.170)

Nous avons choisi ce premier exemple dans une situation d'hypnose car la résistance à l'induction y est fréquente ; c'est à cette école qu'Erickson a beaucoup appris, et qu'en s'y confrontant il a développé des techniques très indirectes.

Résistance active ou passive ?

Lorsque nous parlons de résistance, nous avons l'habitude de penser à ces patients qui s'opposent à nous et qui donnent l'impression de passer leur temps à trouver des parades à toute tentative de changement ; il s'agit de résistance active. L'hypnose nous apprend



rapidement que la forme la plus fréquente est en fait exactement l'inverse, au moins sur le plan du comportement, les patients adoptant une attitude d'hypercoopération dans la thérapie, se mettant dans une position basse en permanence, flatteuse pour le praticien... s'il oublie de s'apercevoir qu'en fait rien ne change chez ce patient. Nous avons déjà vu comment le thérapeute peut contourner cette difficulté en s'appropriant la position basse.

Construire la résistance.

Il s'agit ici d'anticiper la résistance qui ne peut manquer d'apparaître. Lors d'une prescription, le thérapeute peut ajouter un élément accessoire qui va être présenté comme essentiel. Par exemple une prescription consistait pour une jeune femme à écrire sur un cahier, en collaboration avec son mari, les critères définissant la notion de « bons parents ». Ils venaient d'évoquer dans la séance qu'ils pensaient être de mauvais parents. Cette prescription a été complétée par l'exigence suivante : ils doivent écrire sur un cahier bleu ; ils peuvent écrire ce qu'ils veulent, du moment qu'ils le font sur un cahier bleu. Rapidement ils s'interrogent, non pas sur l'opportunité de la prescription, mais sur les raisons de cette couleur !

Déplacer la résistance

Certains patients veulent changer et dans le même temps ont besoin de résister, ces deux orientations font partie de leur réalité. Il est tout à fait possible de satisfaire à cette double exigence en déplaçant cette résistance sur un terrain accessoire ; Erickson laissait ainsi des patients résister à la transe puis leur demandait de changer de chaise pour laisser une partie de la résistance sur la première. Il peut aussi proposer un choix illusoire : il définit une catégorie de comportement qui serait favorable à un patient, par exemple prendre de l'exercice ; il propose alors deux types d'exercices (faire de la danse ou de la marche à pied) en insistant plus sur celui que le patient acceptera le moins facilement ; il est alors fort probable que le patient résistant refusera la danse mais acceptera la marche à pied.

Pour conclure ces quelques notions concernant la résistance, voici comment Erickson l'a utilisée pour la première fois (16 p.412-429)

(Le terme de double-lien employé ici est différent du Double-Bind de Bateson ; il se rapproche plus du choix illusoire de L. Kubie).

« Mon premier usage intentionnel du double-lien dont j'ai le souvenir clair, s'est produit tôt au cours de mon enfance. Un jour d'hiver, avec un temps où il gelait à pierre fendre, mon père a conduit un veau hors de l'étable vers l'abreuvoir.

Après que le veau se soit désaltéré, ils sont repartis vers l'étable mais le veau obstinément refusa d'avancer et en dépit de ses efforts désespérés, mon père qui tirait la corde ne pouvait pas faire bouger l'animal. J'étais dehors, jouant dans la neige et, observant l'impasse, j'ai commencé à rire de tout mon cœur. Mon père m'a mis au défi de tirer le veau à l'intérieur de l'étable.

Reconnaissant la situation comme étant le fruit d'une résistance et irraisonnée de la part du veau, j'ai décidé de lui laisser l'entière possibilité de résister, puisque apparemment c'était cela qu'il voulait faire. En conséquence, j'ai présenté au veau un double-lien en le saisissant par la queue et en le tirant loin vers l'étable, pendant que mon père continuait de tirer vers l'intérieur. Le veau a rapidement choisi de résister à la plus faible des deux forces et m'a traîné vers l'étable. »



Refus thérapeutique de l'amélioration

Comme dans toute dynamique de changement, il faut se méfier des évolutions trop rapides, de la disparition des symptômes qui, pour le patient est synonyme de guérison. Ce changement est en fait souvent superficiel et transitoire et ne correspond pas au but recherché. Relâcher la vigilance à ce stade expose au risque de récurrence sur le même mode ou au déplacement du symptôme car le contexte relationnel qui a présidé à l'apparition ou à la persistance de ces difficultés tend, selon le principe de l'homéostasie, à minimiser ou à s'opposer au changement.

Cette constatation clinique conduit Erickson à refuser cette amélioration rapide soit en prescrivant la rechute, soit en demandant au patient d'aller moins vite. Ceci respecte l'homéostasie et apprend au patient l'apprentissage du contrôle volontaire de son symptôme.

