

LES PSYCHOTHERAPIES PARADOXALES

CLARIFICATION DES PRINCIPAUX CONCEPTS

Louis Guérette m.d.

1) Un principe fondamental: **LA THÉRAPIE, C'EST LE CHANGEMENT**.

2) **Le changement peut être de premier ordre ou de deuxième ordre**, selon qu'il s'applique à un des éléments d'un système ou au système dans son entier. Certains problèmes (mais pas tous) se révéleront inaccessibles à des changements de premier ordre et nécessiteront absolument un changement de deuxième ordre pour être solutionnés.

3) **La stratégie** est une façon parmi d'autres de provoquer le changement et peut s'appliquer aussi bien aux changements de premier que de deuxième ordre. Elle est "*l'art de coordonner des actions et des manœuvres pour atteindre un but*" (Larousse) et elle se caractérise par des approches **actives et spécifiques à chaque cas**, plutôt que relativement passives (psychanalyse, counselling rogérien, etc...) ou peu spécifiques (psychanalyse, behaviorisme). On pourrait aussi provoquer des changements de deuxième ordre par des méthodes non stratégiques: par exemple un patient peut commencer une psychanalyse avec pour objectif de dominer autrui et terminer avec succès sa thérapie en devenant relativement indifférent à la dialectique d'être dominé ou dominant par rapport à autrui, changement de deuxième ordre s'il en est un.

4) **La suggestion** est un outil privilégié qui peut, parmi bien d'autres, faire partie d'une stratégie thérapeutique. Les suggestions **indirectes**, parce qu'elles provoquent initialement moins de résistances en court-circuitant relativement la conscience immédiate du patient, ont souvent plus de chance de provoquer un changement. Les changements de deuxième ordre étant souvent particulièrement susceptibles de provoquer des résistances, la suggestion indirecte peut être alors préférée à la suggestion directe comme outil d'intervention stratégique. Quoiqu'il en soit, la suggestion directe comme indirecte, fait toujours partie à des degrés variables de toute entreprise thérapeutique qu'elle soit stratégique ou non.

5) **Le paradoxe** peut parfois constituer un exemple brillant de suggestion indirecte à cause de son effet-choc qui paralyse initialement le raisonnement. Mais, bien entendu, tous les paradoxes ne sont pas nécessairement des suggestions, qu'elles soient directes ou indirectes. (Ex: «Tous les Crétois sont des menteurs» déclare Epiménide le Crétois...!).

6) **L'hypnose**, enfin, n'est qu'une technique particulièrement efficace, parmi bien d'autres, pour suspendre la résistance et augmenter le pouvoir de la suggestion directe ou indirecte ou du paradoxe qui contient cette dernière. L'hypnose n'est nullement nécessaire pour provoquer un changement de premier ou deuxième ordre, faire de la thérapie stratégique, de la suggestion directe ou indirecte ou du paradoxe. Erickson utilisait souvent (mais pas toujours) le paradoxe pour induire l'hypnose et ensuite l'hypnose pour faciliter la suggestion d'une consigne parfois paradoxale.

L'UTILISATION PSYCHOTHERAPEUTIQUE

DU PARADOXE

Louis Guérette m.d.
Hopital Notre-Dame

I- INTRODUCTION (changement de premier et deuxième ordre)

Commençons par poser le problème de façon vécue:

1) Pouvez-vous relier les neufs points ci-dessous par quatre lignes droites et continues et sans lever le crayon du papier?

X	X	X
X	X	X
X	X	X

2) Vous faites un cauchemar terrible au cours duquel vous êtes poursuivi sans arrêt par un monstre. Tout à coup vous vous dites: "Mais c'est vrai, je rêve!". Que se passe-t-il alors?

3) En 1334, la duchesse du Tyrol est assiégée dans sa ville de Hochosterwitz. L'hiver arrive et les assiégeants sont épuisés, mais, à l'intérieur, la famine règne et les assiégés ne peuvent tenir beaucoup plus longtemps. La duchesse fait alors tuer son dernier cochon et coudre à l'intérieur le contenu de son dernier sac de blé, puis la carcasse est jetée par dessus la muraille dans le camp ennemi. Le lendemain, les assiégeants lèvent le camp. Pourquoi?

4) Si vous avez passé avec succès les épreuves précédentes, pouvez-vous maintenant percevoir ce qu'elles ont en commun?

On peut conclure de cette série d'expériences que certaines situations semblent d'emblée insolubles mais que, par ailleurs, il est possible de reconsidérer la situation dans son ensemble et au delà de sa logique étroite pour apercevoir une solution. Watzlawick, Weakland et Fish (1973) essaieront d'illustrer ceci par un appel à deux théories mathématiques fascinantes. Voyons d'abord comment un système peut permettre des changements à l'intérieur de lui-même tout en maintenant son invariance comme système global (théorie des groupes). On pourra considérer ensuite une façon de transcender cette invariance pour effectuer des changements qui modifient réellement un système dans son ensemble (théorie des types logiques).

La théorie des groupes (E. Gallois, 1812-1832) — via de Gaellois

(ou: "plus ça change, plus c'est pareil")

a) Tout groupe est composé de membres (par ex: le groupe des nombres de 1 à 10).

b) Quelle que soit la séquence de combinaison des membres entre eux, l'issue restera la même (par ex: l'addition dans n'importe quel ordre des nombres de 1 à 10 donnera toujours 55).

c) Tout groupe contient un membre d'identité qui a la propriété, lorsque combiné à un autre membre, de conserver cet autre membre inchangé. Par ex: dans l'addition, le membre d'identité est 0, car $5 + 0 = 5$; lorsque la loi de combinaison du groupe est la multiplication, le membre d'identité est 1, car $5 \times 1 = 5$.

d) Enfin, chaque membre possède un membre réciproque ou opposé combiné avec lequel il produira le membre d'identité. Par ex: $5 + (-5) = 0$.

La théorie des groupes a été utilisée en autres pour découvrir des méthodes d'effectuer la stabilisation des systèmes cybernétiques. Elle nous permet de comprendre par analogie comment certains systèmes demeurent inchangés dans leur ensemble lorsqu'on tente de les modifier à l'aide de procédures qui sont elles-mêmes parties intégrantes de ce système. En clinique, on verrait une application de ceci dans la façon dont certains membres d'une même famille s'échangent le symptôme entre eux et maintiennent ainsi l'homéostasie pathologique. De même,

Ex: Alen des - balles / escalade des armes. — Pomer et son père.
 Révolution - répression
 femme d'alcoolique
 épouse qui trouve son mari pas assez ouvert

combattre l'insomnie en essayant de dormir, l'impuissance en tentant d'avoir une érection, l'alcoolisme et la pornographie en les pourfendant, sont des approches notoirement inefficaces. Ceci n'exclue pas que des changements soient possibles à l'intérieur du système, mais si, comme nous voyons souvent en psychothérapie, le système s'ajuste pour maintenir son équilibre, une nouvelle compréhension nous est nécessaire pour progresser.

La théorie de Gödel -

suite de cette pensée :

La théorie des types logiques (Whitehead et Russell, 1910)

L'axiome fondamental de cette théorie est que "tout ce qui comprend les membres d'une classe ne peut pas faire partie de cette classe". Ainsi, si on fait la liste de toutes les pièces d'une automobile, on ne peut pas y inclure l'automobile elle-même; de même, l'humanité est la classe de tous les individus mais n'est pas un individu. La classe appartenant à une catégorie logique différente de celle de ses membres, tenter de la modifier en lui appliquant des règles qui régissent ses membres constitue à la fois une erreur de logique et un risque d'échec: par exemple le modèle de Robinson Crusoë en économique qui postule à tort que le comportement de six millions d'individus (la classe) correspond au comportement de l'un d'entre eux multiplié par six millions.

Il semble donc qu'il y ait des types de problèmes qu'on ne peut pas aborder à partir de leurs éléments constitutifs, solution qui n'aboutirait qu'à les perpétuer sous une forme ou une autre: par exemple, on ne peut pas mesurer le mètre étalon conservé à Paris; ou encore, comme le dit Groucho Marx: "I would not dream of belonging to a club that is willing to have me as a member"! Pour modifier le système plutôt que s'acharner à modifier un membre du système, il faut faire en quelque sorte un saut quantique qui modifiera radicalement notre définition de la situation.

Si nous acceptons les distinctions fondamentales entre les deux théories qui précèdent, nous nous retrouvons donc en présence de deux types de changements différents: l'un se produit à l'intérieur d'un système qui lui-même demeure inchangé (par exemple, fuir sans arrêt un monstre dans un cauchemar), ce sera un changement de premier ordre. L'autre, qui change le système

*Parfois c'est le système qui est malade = ex. l'Europe et l'empire britannique
Parfois, il faut mesurer comment il change
Ex: le mouvement de la terre
géographique pour le monde
calculer l'impuissance - petite fille à l'école*

lui-même plutôt que ses composantes (par exemple s'éveiller du cauchemar), sera appelé changement de deuxième ordre.

Ce sera la thèse centrale de ce séminaire qu'en clinique, bien des problèmes ne sont modifiables que par des changements de deuxième ordre seulement et que l'utilisation du paradoxe constitue un changement de deuxième ordre par excellence.

Ainsi, notre insomniaque s'endormira en cessant de penser à dormir, notre impuissant guérira en cessant de vouloir une érection à tout prix et l'alcoolisme et la pornographie seront plus efficacement enrayés en cessant de les réprimer totalement. Tout ceci n'élimine pas la valeur des changements de premier ordre en clinique mais souligne la nécessité de reconnaître leur limite et la possibilité de conceptualiser les problèmes à un autre niveau qui peut d'abord sembler paradoxal mais qui relève d'une logique toute aussi solide.

II- MILTON ERICKSON ET LES THERAPIES STRATEGIQUES

1 - histoire

Une thérapie peut être qualifiée de stratégique lorsque le thérapeute initie activement ce qui se produit en thérapie et construit une approche particulière pour chaque problème. Cette attitude commençait à se développer vers la fin du XIX^e siècle mais fut étouffée par l'émergence des thérapies analytiques et rogérienne: dans ces dernières, le thérapeute doit s'installer passivement, attendre le contact du patient dans ses diverses modalités et interpréter ou refléter ce que le patient exprime et agit; cette approche restait la même en dépit de la diversité des patients comme des problématiques, et l'on considérait avec méfiance sinon avec mépris toute tentative de fixer des buts, déterminer des interventions ou mesurer des résultats.

2) volontaire / involontaire

Après trois quarts de siècle d'observation et d'interprétation, (dont l'apport aux sciences humaines ne doit pas être sous-estimé), on recommence maintenant à s'intéresser aux méthodes stratégiques qui s'attachent à une tâche à première vue paradoxale bien qu'elle soit au fond celle de toute psychothérapie: comment induire ou prescrire chez un sujet des comportements volontaires susceptibles de provoquer chez lui la modification de comportements qu'il prétend être involontaires.

C'est l'hypnose, une des plus vieilles méthodes thérapeutiques connues, qui incarne le mieux ce saut apparemment mystérieux du volontaire à l'involontaire. Et c'est à travers l'oeuvre de l'un des plus célèbres praticiens américains de l'hypnose, le psychiatre américain Milton Erickson, que nous verrons comment une thérapie stratégique peut être élaborée à partir de certains principes de l'hypnose mais sans nécessairement, il est essentiel ici de le souligner, avoir recours à l'induction de transe. Car l'hypnose peut être, dans ses principes sous-jacents et indépendamment de l'induction d'une transe, une approche privilégiée du changement de deuxième ordre.

Milton Erickson (1901-1982) a été le président fondateur de la Société Américaine d'Hypnose Clinique et a mis sur pied l'"American Journal of Clinical Hypnosis". Il jouissait depuis 1970 d'une réputation internationale grandissante, surtout depuis qu'il fut "redécouvert" par l'école de Palo Alto qui s'intéressait à ses modes particuliers de communication thérapeutique. Comme en témoigne la bibliographie de ce séminaire, de nombreux volumes ont été écrit sur lui dans une tentative toujours un peu infructueuse de comprendre et systématiser l'approche à première vue extrêmement déroutante du vieux maître. Lui-même s'était peu préoccupé d'élaborer des fondements théoriques très poussés à son activité clinique pourtant originale et publia surtout de brèves histoires de cas et de courts articles techniques, ce qui fait qu'aujourd'hui, plusieurs courants très différents semblent se disputer l'exégèse du "thaumaturge" de Phoenix: les plus connus sont l'école de Palo Alto (Haley, 1973), le groupe du Neuro-Linguistic Programming (Bandler et Grinder), l'hypnose classique (Rossi) . Même la psychanalyse française, toujours en peu en retard pour tout ce qui touche les Amériques, a enfin daigné venir nous expliquer le sens du paradoxe (Didier Anzieu).

Al Cours Hypnose

L'approche spécifique de Milton Erickson comporte pour nous trois points d'une importance particulière:

1) un accent constant sur les stades de développement de l'individu dans la compréhension des problèmes qui amènent le patient à consulter. Bien avant la mode actuelle (Levinson, Sheehy) et probablement pas en conjonction avec son homonyme Eric Erickson ("Eight Ages of Man"), Milton Erickson a considéré l'évolution de l'individu comme une succession de tâches qui se présentent à lui et qui doivent être complétées avant que

d'aborder un niveau et une tâche subséquente; lui-même père de famille nombreuse, Erickson axe cette succession d'étape sur la notion de famille ("family life cycle").

2) une conception extrêmement raffinée de la logique du changement humain, en particulier des changements de deuxième ordre, et une virtuosité inégalable pour établir des conditions propres à les provoquer.

3) une utilisation tout à fait particulière de l'hypnose qui place Erickson un peu en marge de l'hypnose classique dont il a pourtant été l'un des piliers aux Etats-Unis. Sa technique est tellement subtile qu'en le voyant travailler, l'on se demande souvent s'il s'agit d'hypnose ou d'une simple conversation et il est certainement possible de considérer l'utilisation de son approche en pratique courante sans jamais avoir recours à l'induction de transe, ce qui représente un intérêt particulier pour notre propos. La transe n'est en effet qu'une des conséquences possibles d'un phénomène plus vaste, celui de la suggestion (bien qu'on reconnaisse que la transe, une fois induite, s'accompagne d'une suggestibilité accrue). Toutes les thérapies, à des degrés divers et selon l'aveu plus ou moins réticent de leurs propagateurs, comportent un élément de suggestion; chez Erickson, cette composant thérapeutique est élevée littéralement à la qualité d'oeuvre d'art.

- hypnose sans fait
- hypnose avec fait
- fait sans hypnose
- fait avec hypnose

Avant de passer à l'analyse technique du paradoxe et de la suggestion, nous discuterons maintenant de quelques cas traités par Erickson et tirés principalement du volume de Jay Haley "Uncommon Therapy"; l'espace nous empêche de les résumer ici mais la lecture du volume de Haley (pages 76, 179 et 310) devrait être un prérequis à l'application de toute technique paradoxale.

~~Uncommon Therapy~~
~~cas 1, 2, 3~~

III- UTILISATION DU PARADOXE EN PSYCHOTHERAPIE

1) Les techniques de suggestion d'Erickson:

Bien que la suggestion ne fasse pas partie de l'essence du paradoxe, Erickson en fait un usage tellement constant qu'il est nécessaire d'en dire quelques mots ici. En effet, amener le patient à obéir à une consigne paradoxale pour provoquer un changement de deuxième ordre réclame souvent du thérapeute un pouvoir de

persuasion considérable que certaines considérations techniques ne peuvent que soutenir.

La majorité des approches suggestives couramment utilisées en psychothérapie comme ailleurs relèvent de ce qu'on appelle la suggestion directe, celle qui exprime clairement ses visées: "Vous devriez faire ceci", "Ne vous sentez-vous pas triste", "Votre bras est de plus en plus lourd", etc... Erickson utilise plutôt, au contraire, la suggestion indirecte, c'est à dire celle par laquelle la réponse suggérée n'est pas toujours accessible à la conscience du sujet. En plus de court-circuiter plus facilement les résistances conscientes, cette approche favorise, selon Erickson, des changements plus durables parce qu'intégrés à l'organisme tout entier et non soumis à la critique de la conscience vigile. Master et Johnson évoquent la même idée lorsqu'ils déclarent que "le cortex est le pire ennemi de l'orgasme". Voyons comme elle peut s'établir:

a) La suggestion d'alternatives soigneusement choisies s'établit de telle sorte que la décision du patient, à son insu, est en quelque sorte déterminée à l'avance ou ne change rien aux visées du thérapeute. Un hypnothérapeute demandera par exemple à son client "Voulez-vous entrer en transe maintenant ou plus tard?" ou encore "Préférez-vous une transe légère ou une transe profonde?", en évitant soigneusement, comme vous l'avez sans doute déjà remarqué, de présenter l'absence de transe comme une alternative possible. On dira à un jeune homme timide "Préférez-vous aller inviter cette jeune fille à son travail (lorsqu'elle est seule) ou à son repas au restaurant (lorsqu'elle est entourée de ses amies)? A un patient encore fragile qui s'attend à trois jours de congé, on proposera "Aimez-vous mieux sortir toute la journée de samedi ou du dimanche, à votre choix?" Enfin, "la bourse ou la vie" garde encore toute sa force de persuasion.

b) La communication métaphorique: si un sujet résiste à la suggestion A, le thérapeute utilisera la suggestion B, qui est métaphoriquement reliée à A sans que le sujet ne s'en rende bien compte, et entrainera ainsi les deux réponses dans un même mouvement. Ainsi l'hypnotiste qui veut entraîner la lévitation de la main élèvera en même temps sa tête et le ton de sa voix; si le sujet a déjà été hypnotisé, le thérapeute parlera à bâtons rompus des similarités entre les circonstances passées et présentes. A un couple réticent d'aborder la question sexuelle, Erickson (Haley, page 27) parlera d'aller dîner ensemble, de leurs préférences

ex: - poeing
- juste qu'il avait un voile.

respectives en termes d'entrées, de met principal, de façon de manger, etc... La métaphore utilisées sera donc toujours choisie en fonction de ce que le patient est susceptible d'accepter le plus facilement, elle sera élaborée à loisir et sans aucune tension, avec plaisir même, et ce n'est qu'inconsciemment qu'on s'attendra à ce qu'un effet d'entraînement se fasse sentir sur le thème crucial de la thérapie. (Voir aussi pages 168, 199, 304).

c) L'implantation d'idées: lors de l'induction hypnotique, Erickson sème des idées qu'il utilisera beaucoup plus tard lorsque le temps sera venu ou le patient plus mûr.. De même, lors d'entrevues initiales, il abordera sans insister certains sujets qui seront susceptibles plus tard de servir de points d'ancrage aux efforts du patient, même si la chose paraît impensable à ce moment (par exemple, parler en passant de son sex-appeal à une obèse qui semble loins d'être prête à entretenir de pareilles considérations). Erickson a même traité à leur insu des gens qui croyaient toujours n'être là que pour accompagner le patient identifié... (voir pages 34, 198, 249). *Certaines avec la noyade verbale -*

- obèse (si belle)
- gr. pieds
- p. typhéomozone
muel

d) L'utilisation de l'espace fait appel aux perceptions et aux représentations de soi qui sont reliées, via des stimuli auditifs et visuels, à la position qu'on occupe dans un espace donné. A l'instar des thérapeutes familiaux, Erickson fait souvent changer ses clients de siège ou leur fait intervertir leurs sièges lors d'entrevue avec des familles, envoyant un père dans la chaise de son fils "pour voir comment on se sent dans ce siège" ou demandant à une femme de prendre le siège de son époux "parce que ça vous donnera peut-être une idée de la façon dont il vous voit". De même, un effet dramatique résulte souvent d'un déplacement du patient dans la chaise du thérapeute.

peut ressembler à un vocabulaire varié

2- Analyse et construction du paradoxe

Construire systématiquement un paradoxe ou en faire une analyse facile et exhaustive lorsqu'il est construit relève plus du rêve que de la réalité. La formule magique, mathématique ou logique qui, appliquée à un problème clinique, le transformerait aussitôt en paradoxe n'a pas encore été découverte. Tout au plus peut-on identifier certaines visions particulières qui, utilisées avec ingéniosité, pourront conduire parfois à l'éclosion d'un paradoxe raisonnablement thérapeutique. Ces visions privilégiées que nous allons maintenant décrire s'appuient sur une idée de base

assez simple: le thérapeute paraît souhaiter que le patient conserve son symptôme ou du moins il ne paraît pas tenir excessivement à la disparition du symptôme.

Il y a plusieurs bonnes raisons pour soutenir cette position à première vue surprenante: 1°) d'abord, l'expérience qu'ont les hypnotistes nous révèle qu'en enjoignant à son patient de produire son symptôme volontairement, le thérapeute se place dans une position de succès relativement assuré: en effet, ou bien son patient ne lui obéit pas (et perd par conséquent son symptôme), ou bien son patient lui obéit et tombe par le fait même un peu plus dans la sphère d'influence du thérapeute: l'hypnotiste utilise parfois cette alternative d'une autre façon lorsqu'il dit à son client: "Vous allez maintenant avoir froid, avoir chaud ou bien rien ne rien sentir du tout." (Haley, page 234).

2°) Par ailleurs, un phénomène perçu comme échappant au contrôle d'un sujet cesse de l'être dès que le sujet peut le provoquer volontairement. A partir du moment où je veux mon symptôme, il commence à m'apparaître que je pourrais tout aussi bien le vouloir à tel moment, avec telle intensité pendant telle durée ou, pourquoi pas, ne plus le vouloir du tout.

3°) D'autre part, il existe un certain nombre de symptômes qui sont maintenus principalement par l'anxiété et la tension qu'on éprouve à les combattre. L'impuissance sexuelle est probablement le plus connu mais certainement pas le seul.

4°) Enfin, c'est un phénomène reconnu par tous les psychothérapeutes que certains patients abandonnent spontanément leur symptôme dès qu'ils croient que celui-ci n'embête plus leur entourage.

Il s'agit maintenant de construire des modèles pragmatiques d'analyse du symptôme qui nous permettent d'y intégrer cette idée fondamentale de l'acceptation du symptôme (le paradoxe dans son essence) et de convaincre le patient de partager cette vision. En faisant le tour de la littérature, nous avons cru retrouver quatre approches techniques principales.

- vous êtes tellement vous qu'on est impressionné
- enfant qui se coupe le sein
- la situation qui se fait en silence par son patient
- le paradoxe

A- Redéfinir le symptôme (recadrage ou "reframing")

Selon le groupe de Palo Alto, "recadrer" signifie modifier le 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 même mieux aux "faits" de cette situation concrète dont le sens, par conséquent, change complètement. Ainsi Tom Sawyer, le jeune héros de Mark Twain, obligé de peindre un clôture, présente la chose comme une occupation tellement privilégiée à ses jeunes amis que ces derniers le supplient de leur permettre de le faire à sa place (Watzlawick, page 92). A un couple sans cesse en dispute, Watzlawick déclare que plus on s'aime, plus on se querelle et qu'ils ne se querelleraient pas autant s'ils ne s'aimaient pas tellement; le couple en question, pour bien démontrer sa désapprobation du thérapeute et sa haine mutuelle, n'a plus qu'à cesser de se quereller! Erickson s'ingénie à souligner parfois les multiples avantages des comportements maladaptés dont le patient souffre. Après que la religion a identifié la souffrance comme une voie d'expiation et de salut, le vrai chrétien ne fuit plus la douleur mais la recherche.

Mercredi le
jeune couple

B- Encourager la résistance - La fille pas belle -

Au judo, c'est l'énergie même que l'assaillant déploie pour frapper son adversaire qui l'entraînera vers sa propre chute. De même ici, la résistance au changement sera aménagée, encouragée et modifiée d'une façon imperceptible et subtile qui nourrira le changement, un changement de deuxième ordre, est-il besoin de le préciser. Ainsi, une patiente, à bout de "shopping" pour des céphalées qui ont fait mordre la poussière à tout le corps médical, se fait dire par un fin stratège que son mal est incurable et qu'elle doit apprendre à vivre avec, ce qui bien entendu provoque la seule réponse susceptible de faire échouer aussi ce dernier thérapeute, c'est à dire la fin des céphalées!

Christian & les Juifs du Danemark.

Avec certains patients oppositionnels ou résistants, Erickson encouragera une réponse qu'il veut développer en la frustrant: si par exemple un membre d'un groupe familial refuse d'ouvrir la bouche en thérapie, il lui demandera son opinion à plusieurs reprises mais changera aussitôt de sujet avant même que son interlocuteur n'ait eu le temps ni d'ouvrir la bouche, ni de manifester qu'il désire la garder fermée; au bout de quelques

moments de ce manège, le patient, frustré, réclame énergiquement son droit de parole et, bien entendu, finit par l'obtenir! (Haley, page 245). A une obèse plaignarde, autodépréciatrice et déprimée qui lui affirme qu'elle est dégoûtante et qu'on ne peut la considérer sans mépris (souhaitant ainsi, bien entendu, qu'on la rassure et qu'on la maintienne dans ses habitudes), il rétorque qu'elle a bien tort, car elle est en réalité la créature la plus répugnante et la plus méprisante qu'il lui ait été donné de rencontrer dans sa carrière et élabore alors une très longue et très horrible description de sa personne, avant de conclure qu'il y aurait peut être quelque chose à faire pour l'aider mais que de toute évidence elle n'en est pas capable. Après quelques mois d'une thérapie apparemment étrangère à l'obésité, elle le suppliera de lui permettre de perdre du poids (Haley, page 115).

Lorsque un sujet, en particulier un enfant, émet un symptôme dont la fonction paraît clairement agressive envers l'entourage, un thérapeute stratégique, au lieu de tenter de réprimer le symptôme comme le ferait un autre thérapeute et bien avant lui la famille, va plutôt encourager le symptôme à se produire, mais cette fois dans un contexte où l'environnement va l'accepter, d'où dissolution du gain secondaire agressif, sinon dans un contexte où l'environnement va accepter d'être puni, avec le même effet. Bien entendu, ces notions d'agression, de représailles ou de punition ne sont jamais ou rarement mentionnées, ou du moins pas comme des interprétations. Tout le processus demeure inconscient mais en même temps que le groupe performe la tâche thérapeutique, de nouveaux types de relations plus gratifiantes sont établies entre les membres, encore une fois sans que la chose soit bien clairement soulignée (Haley, page 195).

En résumé, encourager la résistance consiste donc souvent à dépriver le patient, à son insu, d'un gain secondaire agressif ou autre, ou même à retourner la situation de telle façon que ce soit le comportement sain qui comporte désormais la gratification.

C- Reposséder le symptôme

Ex: fille qui surit son père

Tant qu'un symptôme n'est pas sous contrôle, c'est lui qui "possède" le patient, ce dernier se percevant comme soumis passivement aux caprices du destin et de la pathologie. Que se passerait-il si c'était plutôt le patient et le thérapeute qui à leur tour possédaient le symptôme, le faisant varier à leur convenance

guérissant pas, une seconde fois en guérissant, pourrait bien le faire une troisième fois en rechutant...

Erickson n'explique jamais à ses patients le mécanisme de leur guérison, convaincu qu'il est de la supériorité des changements involontaires et inconscients sur les changements volontaires et conscients.

Concluons donc:

**OBSERVATION,
IMAGINATION,
DISCRETION
....et bien entendu, COMPASSION.**

IV- BIBLIOGRAPHIE

1) Sur la logique du changement:

Watzlawick, P. Beavin, J.H. et Jackson ,D. *Pragmatics of Human Communication* Norton 1967 (traduit en français sous le titre "Pour une logique de la communication").

Watzlawick, P. *La réalité de la réalité* Seuil, 1978.

2) Sur les thérapies stratégiques:

Haley, Jay: *Problem Solving Therapy*, Jossey-Bass, 1976

Minuchin, Salvatore *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, 1974

Rabkin, R.: *Strategic Psychotherapy*, Basic Book, 1976

3) Sur l'utilisation du paradoxe en psychothérapie:

de Shazer, Steve: *Keys to Solution in Brief Therapy*, Norton, 1985.

Haley, Jay: *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson, m.d.* Ballantine, 1973

Haley, Jay: *Ordeal Therapy* Jossey-Bass 1984

Palazolli, M.S. *Paradox and Counterparadox* Jason Aronson, 1978.

Watzlawick, Paul, Weackland, Ch. et Fish, R. : *Change* Norton 1974. (traduit en français sous de titre de "Changements: paradoxe et psychothérapie")

Weeks, G.R. et L'Abate, L. *Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples and Families* Brunner/Mazel 1982.

Zeig, J. K. *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy* Brunner/Mazel 1982.

4) Sur les méthodes hypnotérapeutiques d'Erickson

Erickson, M., Rossi, E.L. et Rossi, S. : *Hypnotic Realities* Irvington 1976

Erickson, M. et Rossi, E.L. *Hypnotherapy, an Exploratory Casebook* Irvington 1978.

Grinder, J., Delozier, J. et Bandler, R. *Patterns of Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson* Vol I et II, Meta Publications, 1977.