

Quatorze leçons de thérapie stratégique

Jacques-Antoine Malarewicz

QUATORZE LEÇONS
DE THÉRAPIE
STRATÉGIQUE



L'ART DE LA PSYCHOTHÉRAPIE
Collection dirigée par le Docteur Philippe Caillé

Composition : Myriam Dutheil

© 1992, ESF Editeur

SAS Cognitia
20, rue d'Athènes
75009 Paris

5^e édition 2017
www.esf-scienceshumaines.fr



ISBN : 978-2-7101-3377-3
ISSN : 1269-8105

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Du même auteur

Chez ESF Editeur

Milton H. Erickson, De l'hypnose clinique à la thérapie stratégique, (en collaboration avec Jean Godin), 2012.

Milton H. Erickson, : L'hypnose thérapeutique, (traduction avec Judith Fleiss), 2013.

Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, (codirection avec Jean-Claude Benoit), 1988.

La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson, 1988.

Cours d'hypnose clinique. Etudes éricksoniennes, 2013.

Guide du voyageur perdu dans le dédale des relations humaines, 1992.

Comment la thérapie vient au thérapeute, 1999.

Supervision en thérapie systémique, 1999.

Aux éditions Albin Michel

La souffrance de l'homme (en collaboration avec Michel Reynaud), 1996.

Aux éditions Privat

Itinéraire d'une absence, de Groddeck à Balint, l'émergence de la psychosomatique, 1979.

Aux éditions Village Mondial

Systémique et entreprise, 2012.

Réussir un coaching grâce à l'approche systémique, 2003.

Gérer les conflits au travail, 2008.

Aux éditions Robert Laffont

Le couple, quatorze définitions décourageantes donc très utiles, 1999.

Repenser le couple, 2001 (Livres de Poche, 2002).

Le complexe du petit prince, 2003.

La femme possédée. Sorcières, hystériques et personnalités multiples, 2005.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1. PREMIÈRE LEÇON : CHANGEMENTS	13
– Les axiomes.....	14
– La complexité.....	14
– Changement et complexité.....	15
– La pluralité des niveaux de changement.....	16
– Permettre de changer.....	18
– Changement et spontanéité.....	19
– Le passé n’explique pas le présent.....	21
– Exemples cliniques.....	22
2. DEUXIÈME LEÇON : APPRENTISSAGES	25
– Les buts de l’apprentissage en thérapie.....	25
– Les différentes stratégies d’apprentissage.....	27
– Exemples cliniques.....	32
3. TROISIÈME LEÇON : LE CYCLE DE VIE	35
– Les principaux passages d’une phase à une autre du cycle de vie.....	37
– Les contingences du cycle de vie.....	38
– Les aspects culturels du cycle de vie.....	40
– Exemples cliniques.....	41
4. QUATRIÈME LEÇON : IMPLIQUER LE CORPS	45
– L’apprentissage du langage non verbal.....	45
– Le passage corps-relation.....	48
– Le problème des émotions.....	48
– Le corps manifeste la séparation et la symbiose.....	49
– Exemples cliniques.....	50

5. CINQUIÈME LEÇON : LES PARADOXES	57
– Les différents types de paradoxes.....	57
– Construire et déconstruire en même temps.....	61
– L'utilisation des paradoxes.....	62
– Exemples cliniques.....	62
6. SIXIÈME LEÇON : L'INDIRECTIVITÉ	65
– Les avantages de l'indirectivité.....	65
– Le travail avec la résistance au changement.....	66
– Le questionnement circulaire.....	67
– Exemples cliniques.....	68
7. SEPTIÈME LEÇON : ANALOGIE ET MÉTAPHORE	73
– Les caractéristiques de la métaphore.....	73
– Les différents types de métaphores.....	75
– Comment construire une métaphore.....	77
– Exemples cliniques.....	80
8. HUITIÈME LEÇON : LE JEU ET L'ACTION	89
– Le jeu.....	89
– L'importance relative des informations.....	90
– La démarche d'action du thérapeute.....	90
– Exemples cliniques.....	93
9. NEUVIÈME LEÇON : RÔLES ET FONCTIONS	99
– Les hiérarchies familiales.....	99
– La protection en tant que modèle relationnel homéostatique.....	101
– La parentification des enfants.....	102
– La double fonction parent/couple.....	102
– La relation de troisième type dans les couples.....	104
– Les âges clandestins.....	105
– Le rôle des thérapeutes.....	106
– Exemples cliniques.....	107

10. DIXIÈME LEÇON : LOYAUTÉ ET TRAHISON	113
– Définitions.....	113
– Les mécanismes de loyauté.....	114
– Les possibilités de trahison.....	115
– Exemples cliniques.....	116
11. ONZIÈME LEÇON :	
L'ANTICIPATION ET L'AUTORÉFÉRENCE	123
– La prescription du symptôme ou du comportement.....	124
– Les techniques d'anticipation.....	125
– Définir les finalités de la thérapie.....	127
– Exemples cliniques.....	128
12. DOUZIÈME LEÇON : DE LA DISSOCIATION	133
– De l'être à l'avoir.....	133
– Les techniques de dissociation en dehors de l'hypnose formelle.....	134
– Ratifier le processus de dissociation.....	137
– Exemples cliniques.....	137
13. TREIZIÈME LEÇON :	
CONTRATS, PRESCRIPTIONS ET TÂCHES	141
– Les caractéristiques des prescriptions.....	141
– Les différents modèles de prescriptions.....	144
– Exemples cliniques.....	149
14. QUATORZIÈME LEÇON :	
COMMENT QUITTER LA THÉRAPIE	161
– Les quatorze techniques pour quitter la thérapie.....	161
– Exemples cliniques.....	166
CONCLUSION	169
BIBLIOGRAPHIE	170
INDEX	175

INTRODUCTION

Il y a bien des manières de définir le processus thérapeutique. La définition développée ici n'est qu'une version, une traduction, une approche partielle et partielle de cette situation remarquablement prétentieuse qui consiste à vouloir aider autrui, dans l'intimité de son esprit. Une velléité d'autant plus étonnante qu'elle ne peut être que difficilement codifiée, voire reproductible; c'est là tout au moins mon sentiment.

La thérapie stratégique est née avec la pratique, artisanale en même temps que géniale, de Milton H. Erickson (Erickson, Havens, O'Hanlon)¹ avant d'être développée par des auteurs comme Jay Haley ou Cloé Madanes. Il s'agit donc d'une pratique qui se rattache assez directement à l'hypnose éricksonienne (Malarewicz, 1986, 1988), à l'École de Palo-Alto (Watzlawick) et donc également à la thérapie familiale systémique (Benoit et Malarewicz, 1988).

Erickson avait d'ailleurs l'habitude d'expliquer qu'il n'utilisait l'hypnose formelle qu'avec un patient sur cinq ; avec deux autres, il n'utilisait pas l'hypnose et avec les deux restants, il confessait ne pas savoir ce qu'il faisait. Ce sont, en quelque sorte, les quatre derniers patients qui nous intéresseront ici, ou plutôt ce qui est possible d'entreprendre avec eux. Mais tout est là, dans ce : « Je ne sais pas ce que je fais avec eux », à la fois non-savoir et efficacité. Un non-savoir que je vais tenter d'expliquer, une efficacité que je vais essayer d'approcher.

Mais quelle est, ou quelles sont, les spécificités de l'approche stratégique, en dehors de cet aspect historique ?

A mesure que la pratique de la thérapie familiale se développe, il est de plus en plus facile d'individualiser les grands courants fondateurs, encore que les différentes écoles ont tendance à voir s'effacer leurs spécificités. Cependant, ces différents courants peuvent être, avec un arbitraire raisonnable, décrits sous les huit formes suivantes :

1. Les références bibliographiques sont regroupées en fin d'ouvrage.

- la thérapie familiale contextuelle de Ivan Boszormenyi-Nagy, probablement la plus proche de la thérapie familiale analytique (Boszormenyi-Nagy);

- l'École de Rome, dont les porte-drapeaux sont Maurizio Andolfi, Anna-Maria Nicolo, Carmine Saccu et Paolo Menghi (Andolfi ; Ackermans);

- l'École de Milan avec Mara Selvini-Palazzoli qui a formalisé la plupart des techniques actuelles et reste la plus inventive dans ce domaine (Selvini-Palazzoli);

- la thérapie familiale structurale autour de Salvador Minuchin qui a développé l'idée des modèles familiaux (Minuchin ; DeFrank-Lynch);

- l'approche de Virginia Satir qui était avant tout une grande pédagogue et a été à l'origine de bien des techniques de formation des thérapeutes (Satir);

- celle de Carl Whitaker, lequel a su introduire l'irrationnel, et donc l'humour, dans la pratique de la thérapie familiale (Napier ; Whitaker);

- le courant de Murray Bowen avec l'approche trigénérationnelle et l'utilisation des génogrammes (Bowen ; Mainhagu);

- et enfin, la thérapie familiale stratégique.

Alors que nous en sommes actuellement à la quatrième, voire à la cinquième génération des thérapeutes familiaux, ceux-ci peuvent se permettre de glaner, au delà-de leur propre formation, habituellement assez « généraliste », dans ces diverses orientations les éléments qui conviennent le mieux à leur style et à leur personnalité. Aussi sont-ils généralement peu enclins aux querelles des (grandes) Écoles et des (petites) chapelles.

Cependant, utilisant à la fois les techniques d'hypnose et le contexte de la thérapie familiale, il m'a toujours paru utile, voire nécessaire, de développer la filiation, mentionnée plus haut, pour garder sur ses deux pieds la pratique de la thérapie. Ces deux pieds étant, en l'occurrence, la théorie générale des systèmes et les techniques de communication.

Autant il me semble que les thérapeutes familiaux sont bien formés à utiliser la notion de système et à décrypter les situations cliniques sous l'angle dit systémique, autant il m'apparaît que ces

mêmes thérapeutes sont souvent de piètres communicateurs, ce que je peux résumer ainsi : « Il ne suffit pas d'avoir de bonnes idées, il faut également savoir les faire passer », ou encore « Pour faire passer de bonnes idées, il faut intimement être persuadé de leur validité ». Cela me semble pouvoir constituer la différence fondamentale entre deux thérapeutes.

L'approche stratégique, outre son versant systémique, se caractérise donc par l'apprentissage et par l'utilisation des techniques de communication issues de l'hypnose éricksonienne dans le corps à corps qui se joue, à chaque instant, avec les situations cliniques.

Mais, comme toujours, la technique importe moins que le savoir-faire avec ces techniques. En ce sens, l'approche stratégique suppose l'implication immédiate du thérapeute, non seulement dans la construction d'une stratégie, mais également dans la dimension émotionnelle qui accompagne le processus de changement. Cela me semble donc être la principale caractéristique de l'approche stratégique. Il en est d'autres.

Jeffrey Zeig, président de la Fondation Milton H. Erickson, m'a donné une autre définition du thérapeute stratégique, tout aussi « lapidaire » que la première. Il explique qu'il existe deux types de cowboy : le premier type et le second type.

Le premier type de cowboy fait irruption dans le saloon, tend son bras armé d'un pistolet et tire. Le second type de cowboy fait irruption dans le saloon, tend son bras armé d'un pistolet et tire. Mais alors, quelle est la différence entre les deux cowboys ? Le premier cowboy, assimilable à un thérapeute « normal », vise avant de tirer ; le second, adoptant la démarche du thérapeute stratégique, vise après avoir tiré.

Toute démarche thérapeutique est double, quel que soit d'ailleurs le modèle dont elle se réclame. La première démarche vise une compréhension de la situation du patient ; la seconde, en relation avec la première, cherche à modifier cette situation. C'est toute la différence entre viser et tirer, entre le modèle et l'action. Ainsi, en caricaturant, le thérapeute stratégique agit avant de réfléchir ; cela me fait souvent dire que le pire des thérapeutes est celui qui réfléchit trop ! Il s'agit donc là de la deuxième caractéristique : l'intuition avant la réflexion. La troisième caractéristique en découle.

Guillaume d'Occam, théologien et philosophe du XIV^e siècle, s'est rendu célèbre par l'énoncé du principe de parcimonie, appelé

rasoir d'Occam, qui peut s'énoncer ainsi : « Il ne faut pas multiplier les êtres sans nécessité », ou encore : « Une théorie simple, qui s'applique à beaucoup de situations, est préférable à une théorie complexe qui s'applique à peu de situations ». Paul Valéry a dit la même chose, d'une autre manière : « Tout ce qui est simple est faux, tout ce qui est complexe est inutilisable ». Mon souci sera donc ici d'introduire et de développer des techniques et des points théoriques aussi simples et aussi peu nombreux que possible.

Le risque, dans ce domaine, est de développer une théorie qui amène le praticien à « resserrer » dans son modèle ce qui lui semble être la réalité de son patient, pour mieux la rendre cohérente avec sa propre réalité. Ce qui est modélisé ici est l'intervention du thérapeute et non la réalité du patient. L'écart est donc très lâche, très souple, entre ce que montre le patient (ce que le thérapeute en perçoit), et ce que va pouvoir entreprendre ce dernier. De ce fait, le thérapeute n'a pas besoin de beaucoup d'informations pour intervenir.

Les patients sont les meilleurs pourvoyeurs de stratégies pour le thérapeute. C'est la raison pour laquelle les exemples cliniques seront nombreux ; ils valent mieux souvent que de longues théories. Ces exemples cliniques sont sensiblement simplifiés, donc partiels et partiels. Cela est d'abord inévitable, cette simplification permet ensuite de respecter une certaine confidentialité. Ce ne sont enfin que des illustrations et non de laborieuses preuves de la validité des hypothèses que je peux avancer. En ce sens, ces vignettes cliniques sont, à l'évidence, discutables et critiquables.

Tout ce qui précède fait qu'une seule définition de la thérapie stratégique était impossible à donner. J'ai donc choisi d'en donner quatorze approches, quatorze angles d'attaque qui se rejoignent dans la même philosophie que j'ai esquissée dans cette introduction.

Enfin le nombre quatorze est purement fortuit.

1

PREMIÈRE LEÇON : CHANGEMENTS

Tout processus de changement est l'objet d'une grande ambiguïté de la part de celui qui s'en réclame, ou qui le demande. Le changement est, en effet, ce que nous redoutons le plus tout en le sachant inévitable. Ainsi, la notion de changement est-elle fondamentalement indissociable de celle de non-changement. D'où le pluriel quant à ce terme.

L'être humain, par simplification, est double, à la fois biologique et psychologique. L'être biologique est soumis au changement, l'être psychologique répugne fondamentalement à changer. Cette inadéquation le rend infirme et l'amène souvent à tourner en rond, en s'enfermant dans ses propres contradictions et ses aveuglements.

Dans le contexte de la thérapie, la préoccupation du changement, donc celle du non-changement, doit s'imposer de manière constante, voire tyrannique, à l'esprit du thérapeute. Car il s'agit là du premier paradoxe, celui qui sous-tend la démarche du patient : « Changez ma situation, mais ne touchez à rien ! » Le premier terme de cet énoncé est officiel, le second est clandestin. Le patient est donc son propre et principal ennemi sur le chemin qui mène au changement. Le thérapeute n'est donc véritablement dangereux que lorsqu'il se trouve en situation de provoquer ce changement. Le patient ne peut donc changer que malgré lui.

On comprendra donc que les notions de changement et de non-changement sont essentielles pour comprendre et conduire toute thérapie. Le processus de changement répond en fait, dans le contexte de la thérapie, à un certain nombre d'axiomes que je vais énumérer avant de les développer et de les illustrer.