

CONFERENCE J.-J. WITTEZAELE A SAN FRANCISCO – 50 ANS DU
M.R.I. – 15/08/ 2009 - TRADUCTION FRANÇAISE

VERS UNE ALTERNATIVE INTERACTIONNELLE AU DSM

Bonjour à toutes et à tous. Cet anniversaire est un grand jour et je crois que le MRI mérite cet hommage parce qu'il a changé la vie de nombreux patients et ... de thérapeutes.

C'est pourquoi il m'a semblé opportun d'y présenter le premier brouillon d'un très gros projet sur lequel je travaille avec mon équipe de l'IGB, en collaboration avec l'équipe de Giorgio Nardone, à Arezzo. Et ce projet est réalisable grâce à toutes les recherches et à l'expérience accumulées par des personnes directement influencées par le travail fondateur de Bateson et de l'équipe du MRI.

Comme le titre l'indique, il s'agit d'un projet très ambitieux : rien moins que de proposer une alternative au DSM, une alternative interactionnelle. En fait, nous parlons de ce projet comme de la mise au point d'un « diagnostic interactionnel », mais il s'agit de plus que cela, puisqu'il comprend des indications spécifiques de traitement pour toutes les catégories de problèmes et de troubles psychologiques et psychiatriques. Il s'agit en fait d'un processus circulaire, auto-correcteur, d'une boucle de régulation, comme je le montrerai tout à l'heure.

Remarques préliminaires

L'assimilation des troubles psychologiques à des « maladies organiques » a eu des conséquences très dommageables à de nombreux niveaux. Je n'ai pas le temps d'approfondir ces critiques aujourd'hui, mais on sait, en tout cas, que cela a ralenti la recherche de moyens plus adaptés d'arrêter les mécanismes

psychologiques et interactionnels qui engendrent de la souffrance psychologique.

J'ai bien conscience de toutes les critiques que cette initiative va soulever. La première étant sans doute que la technique n'est pas le facteur le plus important dans le processus thérapeutique. Que c'est la relation thérapeutique qui est essentielle. Et c'est vrai. Que nous devons prendre en considération les qualités et les ressources de nos patients, leurs attentes, leur motivation, leur résistance, etc. Et que c'est la posture du thérapeute envers son patient qui va permettre d'établir un contexte pour le processus de changement ou de « guérison ».

Je souscris bien sûr à tout cela et je sais que nous devons veiller, dans les formations que nous proposons aux psychothérapeutes, à corriger la tendance de certains thérapeutes à utiliser les techniques « malgré le patient ».

Mais je crois, malgré tout cela, qu'il reste important de proposer une alternative au DSM, même s'il faudra l'utiliser avec précaution et que chaque thérapeute devra apprendre comment l'utiliser de façon efficace.

Il est également possible qu'à la fin de ce travail, nous restions face à des cas rebelles et que, pour ceux-ci, il faille évoquer un autre type d'explication, un autre type de traitement, il se peut que pour certains cas, il faille incriminer les gènes ou la chimie du cerveau... Mais essayons la voie plus écologique de la communication d'abord et voyons ce qu'elle a à offrir.

Les lignes directrices

Ce projet est possible parce que nous nous appuyons « sur les épaules de géants », dont beaucoup viennent de ce qu'on appelle (partout dans le monde sauf ici !), l'école de Palo Alto :

- Gregory Bateson, d'abord, pour son travail théorique et l'accent qu'il a mis sur l'importance d'une épistémologie claire et explicite. Cela nous a procuré une solide assise scientifique grâce à laquelle nous sommes en mesure de développer

notre approche de façon cohérente, de notre positionnement épistémologique, jusqu'aux techniques de terrain.

- Le modèle d'intervention du MRI qui nous a donné la pierre angulaire de la « construction d'un problème » grâce au concept de « tentatives de solution ». Merci donc à Paul Watzlawick, Dick Fisch, John Weakland, ... et à tous les autres chercheurs qui ont travaillé au Centre de Thérapie Brève.

- Milton Erickson nous a montré qu'il y avait des façons créatives de résoudre les problèmes, il a insisté sur l'importance des expériences nouvelles dans le processus de changement et a développé l'art de faire de la thérapie en utilisant un langage approprié au changement.

- De nombreux grands thérapeutes familiaux ou stratégiques nous ont communiqué leur expérience thérapeutique et ont enrichi notre approche communicationnelle. Don Jackson, Steve De Shazer, Jay Haley, Carl Whitaker, et tous les grands thérapeutes présents pour cette célébration : Mony Elkaïm, Carlos Sluzski, Geoffrey Zeig, Karin, Art Bodin, et tous les autres... Chacun d'entre eux nous a apporté de précieuses informations sur les patterns relationnels importants à prendre en compte dans le processus thérapeutique (Notamment pour les situations de double contrainte présentes dans les troubles majeurs comme la schizophrénie, l'anorexie ou encore les troubles psychosomatiques, comme nous l'a montré hier Dezsoe Birkas).

- Plus récemment, Giorgio Nardone a « déployé » le concept de tentatives de solution et a montré l'importance des réactions spontanées inappropriées face au problème ; en particulier les réponses émotionnelles et les pensées qui interfèrent avec le processus de régulation. Il a aussi montré que le modèle « revisité » peut être efficace pour résoudre la plupart des cas dits « psychiatriques » : les phobies, les attaques de panique, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles alimentaires, les troubles sexuels, les dépressions et même les psychoses présumées. Il a récolté des milliers de

traitements « complets » dont il a évalué les résultats avec un taux impressionnant de réussite (habituellement entre 80 et 90% de cas réussis).

Ce projet doit beaucoup à Giorgio.

Une « interface » entre la psychiatrie et l'approche interactionnelle

Il y a 3 ans, nous avons célébré un autre 50^e anniversaire, celui de la publication d'un article fondateur écrit par Gregory Bateson et son équipe : « Vers une théorie de la schizophrénie », publié en 1956. Nous avons fêté cet anniversaire à La Sorbonne, à Paris. A cette occasion, je me souviens d'une conversation que j'ai eue avec Mary Catherine Bateson qui me demandait : « Pourquoi cette nouvelle façon d'envisager le comportement humain est-elle toujours aussi marginale ? Pourquoi ne s'est-elle pas imposée dans le milieu de la psychiatrie et même dans celui du monde politique parce que cette approche paraît offrir des solutions nouvelles pour d'anciens problèmes et qu'elle pourrait soulager beaucoup de souffrance dans ce monde ? »

Je n'ai pas la réponse finale à cette question mais je pense que le fait qu'elle repose sur une nouvelle épistémologie est sans doute responsable en grande partie de cet état de faits. Lorsque Bateson travaillait avec Jurgen Ruesch, il avait remarqué que lorsqu'on touche aux prémisses de la pensée, les gens se sentent mal à l'aise, trouvent cela « intrusif ». C'est ainsi que, lorsqu'on doit expliquer la point de vue interactionnel, les gens se lassent très vite et cessent de vous écouter. Dans le genre : « Bon, si vous en veniez au fait... j'ai des choses importantes à faire, j'ai des patients qui souffrent et je veux savoir comment les aider. »

Bien sûr, on pouvait répondre : « Ecoutez, nous ne classons pas les gens, nous n'avons pas besoin de mettre des étiquettes sur nos patients. Chaque patient est différent, regardez simplement ses tentatives de solution et vous saurez

comment l'aider ! Nous ne cherchons pas d'explications, nous cherchons seulement à savoir comment le patient « gère » son problème. » Mais vous devez savoir que cette position engendre la suspicion. Traditionnellement, la science essaie d'apporter des réponses aux « pourquoi ? », aussi, dire que nous ne nous intéressons pas aux explications semble un peu « léger », pas sérieux, pas fiable. Je pense que cela n'est pas vrai ; nous expliquons aussi les phénomènes, mais selon des points de vue différents, selon une autre épistémologie — je vais y revenir.

Alors, finalement, ils disent : « D'accord. Alors, vous ne pouvez pas nous dire comment vous traitez les schizophrènes ? Ou les troubles obsessionnels-compulsifs ? Et notre réponse générale était : « nous devons d'abord considérer les interactions, voir comment la famille fonctionne, et ainsi de suite... » Comme vous le savez sans doute, ces réponses sont rapidement disqualifiées. En même temps, j'avais le sentiment que notre réticence à expliquer, à généraliser (après tout la science ne s'occupe que du « général », pas du particulier !) était dommageable non seulement pour notre approche thérapeutique mais également pour nous-mêmes, les thérapeutes. Je me souviens d'avoir été très mal à l'aise avec les troubles obsessionnels-compulsifs. Je n'arrivais pas à comprendre comment fonctionnait leur problème et donc de vraiment percevoir leurs tentatives de solution. J'étais donc « intimidé » par ces situations (comme diraient Dick Fisch ou Karin Schlinger) et je n'étais donc pas très efficace en tant que thérapeute. Et puis j'ai lu le livre de Giorgio « Peur, panique, phobies ». Dans cet ouvrage, Giorgio donne une autre explication du problème, une explication basée sur les tentatives de solution, bien sûr, mais qui tient compte aussi des aspects émotionnels et des composantes plus « cognitives » qui interfèrent avec le problème (Par « cognitif », j'entends l'interaction entre moi et moi, vous savez comme lorsqu'on dit : « J'essaie de m'endormir, de ne pas avoir peur, de me mettre au travail,... »)

Bref, cette lecture m'a beaucoup aidé. Non seulement par les protocoles proposés dans le livre mais surtout par l'explication cybernétique des mécanismes interactionnels dysfonctionnels qui sont redondants dans ce type de difficultés.

Au début, j'étais réticent à l'idée de revenir aux « étiquettes pathologiques » pour les patients. Je tenais beaucoup à notre position « non normative » et « non pathologisante » mais j'ai réalisé que ce n'était pas contradictoire, comme j'espère vous le montrer plus loin. Pour moi, la question revient à : « peut-on venir en aide aux personnes étiquetées par la psychiatrie ? » Si c'est le cas — et l'expérience thérapeutique montre que ça l'est ! — alors, il faut le dire et montrer comment.

J'étais donc à la recherche d'un « pont » entre les 2 mondes : la psychiatrie d'un côté et la Thérapie brève (et même de la thérapie systémique en général) de l'autre. Je pensais qu'il pourrait être intéressant de trouver une sorte d'« interface » entre les 2. Et ce que j'essaie de vous dire, c'est que je crois que les symptômes peuvent constituer cette interface. Personne ne nie que certains patterns redondants de comportement génèrent souvent de la souffrance psychique : la pensée obsessionnelle, les conduites compulsives ou le recours à des rituels contraignants, le « gavage » d'aliments, les sentiments dépressifs, les hallucinations, une extrême angoisse, ... et ainsi de suite. Donc, jusque là, tout le monde est d'accord ; personne ne nie les symptômes. La différence réside dans la façon de les interpréter et, par conséquent, de les traiter. Mais il est intéressant de noter que de nombreux patients utilisent des moyens semblables de réagir au même type de problèmes. Et je crois que le temps est venu de les lister et de les classer afin de montrer comment nous traitons ces patterns dysfonctionnels : quels genres de manœuvres thérapeutiques peuvent les débloquer.

Les prémisses épistémologiques

Bateson a montré que l'information constitue un meilleur principe explicatif que l'énergie lorsqu'on décrit des organismes vivants. Fondamentalement, la façon de décrire les phénomènes vivants et les questions concernant l'« esprit » doivent être envisagées par le biais de l'information, et la façon dont les médecins abordent les questions et les problèmes « psychiques » n'est pas correcte d'un point de vue épistémologique. Bateson nous a montré que la « communication » est la matrice sociale de la psychiatrie (je dirais de la psychologie en général). Je pense que, au bout du compte, il apparaîtra que la médication est une façon bien pauvre de traiter les problèmes psychologiques quels qu'ils soient.

Pour utiliser une métaphore informatique, il s'agit d'une différence de niveaux logiques, comme la différence entre le « hardware » et le « software », entre les ordinateurs et les logiciels. Pour la plupart des médecins, les problèmes de l'esprit peuvent être expliqués (et traités) par des défauts chimiques ou génétiques. Selon moi, c'est comme si quelqu'un regarde la télévision et n'aime pas le programme qu'il regarde ; pour résoudre son problème, il noircit l'image et baisse le son. Cela va le soulager, bien sûr, mais cela ne changera pas le programme.

Je n'affirme pas qu'il n'y a jamais de problème de hardware susceptible d'engendrer des conséquences psychiques ou des problèmes relationnels : nous savons tous les méfaits des drogues ou les effets de la trisomie, par exemple. Mais ce que Bateson nous a enseigné, c'est que les questions de l'esprit doivent être abordées à partir de prémisses différentes.

Je pense donc que nous devons avoir une approche scientifique de la question du diagnostic. Le problème est le même pour tous les psychothérapeutes : nous avons besoin d'une compréhension claire et précise du problème afin de mettre au point le meilleur traitement possible. Ce que Bateson a montré, c'est que pour

ce faire, il nous faut nous appuyer sur des prémisses scientifiques différentes des prémisses traditionnelles. En voici quelques-unes :

- Elles doivent être fondées sur le « **traitement de l'information** » (par opposition aux prémisses qui permettent d'aborder les processus d'échange d'énergie).

- L'information est un concept interactionnel qui relie l'extérieur à l'intérieur : « **une différence qui fait une différence** ». Et il a montré que l'unité à prendre en considération est « l'individu + l'environnement ». C'est ainsi que, lorsque nous décrivons un problème, nous envisageons « ce qui, dans l'environnement, déclenche le pattern de réponse dysfonctionnel ».

- **L'organisation de l'information est structurée en niveaux logiques** (comme les niveaux d'apprentissage, par exemple — dont le deutéro-apprentissage comme base de la formation du « caractère » d'un individu). Nous savons que la « logique relationnelle » peut être différente de la logique du renforcement : les récompenses et les punitions. (Je rappelle que cette question a engendré de longues et orageuses discussions entre Bateson et Skinner). C'est ainsi que des classes de contextes peuvent déclencher des classes de réponses. Par exemple, un manque de confiance-en-soi peut être acquis et renforcé dans différents contextes : une réunion de travail, la rencontre de personnes inconnues, une situation d'examen, etc.

- **La causalité est circulaire** : une réaction peut être bonne ou mauvaise en fonction de l'effet qu'elle produit. Et non pas dans l'absolu ! (Et c'est en plus l'appréciation personnelle de l'individu qui fait la différence.)

Et ainsi de suite...

Je pense aussi que toutes les recherches qui ont été menées depuis la théorie de la double contrainte, que ce soit en thérapie systémique, en hypnose éricksonienne, en thérapie brève ou stratégique, en thérapie « orientée

solutions » et dans toutes les approches qui s'appuient sur une approche communicationnelle de l'être humain, finiront par s'interpénétrer et former un vaste corpus de connaissances qui permettront d'apporter des solutions nouvelles aux problèmes de l'esprit (au sens Batesonien du terme). Et je pense aussi que le modèle de « thérapie brève » mis au point par le MRI, grâce à son concept fondateur de « tentatives de solution », va fournir une direction précise au traitement thérapeutique et au changement. Donc, je pense que, en fin de compte, toutes les différentes écoles systémiques et stratégiques seront intégrées dans ce que j'appellerais une « thérapie de la communication », à la fois très documentée et très efficace. Elle comprendra à la fois la communication intrapsychique (moi par rapport à moi, ou encore la communication entre la pensée réflexive et la pensée processive), la communication avec l'environnement (les différents aspects communicationnels de l'interaction) et même le vaste réseau global de communication dont nous faisons partie (au-delà de la perception individuelle que nous en avons).

Les caractéristiques de ce nouveau mode de « diagnostic » (Je rappelle qu'il s'agit d'un premier jet d'une recherche en construction !!!)

Il s'agira d'abord d'un outil conçu pour aider les « thérapeutes de la communication » à aider leurs patients.

- Le « Diagnostic interactionnel » est une description opérationnelle d'un processus interactionnel dysfonctionnel. Nous n'essayons pas de définir un « état » de la personne mais le processus d'une interaction dysfonctionnelle entre l'individu et son environnement. Cela comprend toutes les tentatives pour résoudre le problème venant de l'individu lui-même mais aussi des autres personnes qui interfèrent dans le processus de régulation. Nous décrirons ce que les patients vivent, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils pensent, lorsqu'ils sont

confrontés au problème. Nous voulons défaire les nœuds communicationnels et relationnels qui empêchent la résolution du problème.

- Les symptômes sont considérés comme des conséquences des tentatives de solution (au sens où ce concept sera précisé plus loin), c'est-à-dire des réactions inappropriées à certaines difficultés de la vie. Par exemple, pour éviter de ressentir de la peur, je dois être extrêmement attentif à tous les signaux annonciateurs d'un danger. Je deviens de plus en plus en état d'alerte. Comme je me vois comme incapable d'affronter des situations effrayantes, ma peur s'intensifie et le monde me devient de plus en plus hostile. Et j'arrive en thérapie avec des symptômes de phobie ou d'attaques de panique, par exemple.

- Les problèmes et les troubles doivent être décrits de façon opérationnelle, c'est-à-dire concrète, actuelle et interactionnelle. Le patient doit être mis au centre de l'action : c'est ce qu'il fait ou ne fait pas qui « cause » le problème (Nous ne nous occupons pas beaucoup de pourquoi il le fait, dans le sens d'une explication causale historique). Par exemple : *« lorsque vous privez votre corps de nourriture, vous avez très faim. Le combat contre la nourriture devient de plus en plus envahissant. Vous essayez donc d'ignorer votre besoin de nourriture ? Mais à la moindre difficulté, un peu de stress ou de frustration, votre volonté flanche, vous êtes envahi par le désir et vous vous ruez sur la nourriture sans pouvoir résister : c'est ainsi que le jeûne prépare la crise de boulimie ! »*

- **Le processus de diagnostic doit inclure des indications opérationnelles de traitement.** En fait, pour nous, c'est la solution qui confirme (ou infirme !) le diagnostic. Le processus doit être circulaire et comprendre des boucles de régulation (voir PPT #) Il nous paraît important qu'un diagnostic ne soit pas un moyen de masquer une ignorance professionnelle parce que c'est le patient qui en fait les frais. Il est dangereux de dire : *« ce patient a quelque chose mais nous ne savons pas ce que c'est et nous n'en avons pas le remède. Donc, cela doit*

être très grave alors on va lui donner un nom ronflant et dire que c'est incurable ! »

- Protocoles, prescriptions et recadrages. Les interventions thérapeutiques doivent prendre en considération les différents aspects des tentatives de solution : le comportement, bien sûr, mais aussi les mécanismes cognitifs et réflexifs qui amplifient le problème. Et beaucoup de problèmes proviennent de la volonté de les changer. Je ne peux développer cet aspect aujourd'hui mais tout le monde connaît les dangers de ce que Bateson appelait « les buts conscients » :

- vouloir contrôler l'avenir ;
- ne pas vouloir ressentir une émotion ;
- vouloir contrôler l'autre ;
- vouloir cacher complètement une imperfection, un défaut ;
- regretter de ne pas être quelqu'un d'autre ;
- se dénigrer soi-même ;
- combattre un désir pour l'éliminer ;
- et ainsi de suite...

Nous devons également faire attention aux aspects émotionnels basés sur les sensations primaires (peur, colère, douleur, plaisir). Par exemple, si un homme est jaloux et qu'il devient complètement parano, essayant de contrôler le comportement de sa femme sans arrêt, il est clair que, s'il veut sauver son couple, il doit arrêter de contrôler sa femme ; mais il ne sera pas capable de le faire tant que son anxiété sera forte. Il nous faudra donc tenir compte de ce « dommage collatéral » si nous voulons l'aider.

Un protocole n'est donné qu'à titre indicatif ; ce n'est jamais qu'une incarnation, une concrétisation particulière du mouvement stratégique principal. Ce n'est donc pas le plus important. Nous allons également suggérer certains « recadrages-types » pour changer la perception de la situation par le patient et

même avoir recours à des techniques de thérapie familiale pour changer les patterns relationnels lorsque cela s'avère nécessaire (par exemple, pour le traitement de schizophrénies ou d'anorexies, troubles dans lesquels les patterns relationnels sont très rigides et contraignants. C'est aussi le cas pour certains problèmes psychosomatiques, comme Dezsoe Brikas l'a bien montré hier dans son intervention.)

La question n'est pas d'imposer un seul et unique mode de traitement mais de montrer que nous pouvons indiquer des patterns relationnels dysfonctionnels et que nous pouvons proposer des classes de recadrages et de prescriptions qui peuvent bloquer (ou débloquer) ces patterns.

Et nous savons aussi que, parfois, un petit changement peut avoir de grandes conséquences : arrêter de parler du problème, arrêter d'imaginer le futur, arrêter de se plaindre auprès des autres, etc.

Le processus de diagnostic et de traitement interactionnel

Donc, pour chaque grande catégorie de troubles et de problèmes, nous allons proposer les étapes suivantes :

1. IDENTIFICATION DES SYMPTOMES ET DE LA PLAINTÉ. Habituellement, ce n'est pas la partie la plus difficile : le patient nous donne ces informations si on les lui demande.

2. PROCESSUS DE TRANSFORMATION (RECADRAGE) DE LA PLAINTÉ ET DES SYMPTOMES EN PROBLÉME, PUIS DU PROBLÉME EN TENTATIVES DE SOLUTION (complétées des réactions inappropriées au problème : pensées, émotions). Cette transformation préparant la terrain pour l'élaboration des messages correcteurs (tâches, prescriptions, recadrages).

Transformer la plainte ou les symptômes en « problème qui les génère » revient, en fait, à transformer une plainte pouvant être vague ou abstraite en « problème

opérationnel accessible à une solution ». Ce travail de transformation est essentiel et le processus de questionnement stratégique doit lui aussi être formalisé. Giorgio a développé son « dialogue stratégique » dans ce sens mais je ne peux aborder ce sujet dans le cadre de cette présentation. Disons que l'entretien stratégique doit conduire à la description du pattern dysfonctionnel.

3. CARTOGRAPHIE INTERACTIONNELLE DU PROBLEME (ou description multiple du problème).

Quelles parties du système (de l' « esprit » dirait Bateson) sont concernées par sa résolution ? Nous nous intéressons à la façon dont les gens régulent leurs relations à l'environnement, nous devons donc prendre en compte toutes les boucles de régulation. On peut donc dire que « c'est le problème qui détermine le système pertinent à prendre en considération » : qui essaie de résoudre le problème et comment ?

4. EVALUATION DU « POTENTIEL DE LA SITUATION » (les différents leviers qui pourront être utilisés pour mettre en œuvre le plan stratégique) :

- les différents acteurs en présence ;
- dans quelle mesure le problème est-il dérangeant pour chacun ?
- jusqu'à quel point chacun est-il prêt à prendre la responsabilité du processus de changement ?
- que font-ils pour essayer de résoudre le problème ?
- quel est leur positionnement face au problème ?
- quel est leur objectif ?
- quel est leur degré de résistance ?
- ...

5. ELABORATION DE LA STRATEGIE DE RESOLUTION DU PROBLEME

- De quoi avons-nous besoin pour arrêter les tentatives de solution de chaque acteur en fonction de son point de vue ?
- avec qui travailler ?

- quelles prescriptions sont susceptibles de stopper les tentatives de solution ?
- quels recadrages peuvent les aider à abandonner leurs tentatives de solution ?

6. EVALUATION ET REGULATION DU PLAN STRATEGIQUE (en effet, il s'agit d'un mode de diagnostic évolutif, c'est-à-dire qu'il doit être revu et complété en fonction de l'évolution du traitement)

- si les symptômes diminuent, alors on poursuit dans le sens des prescriptions en les adaptant à l'évolution du traitement.
- si certains symptômes diminuent mais d'autres pas ou que de nouveaux symptômes apparaissent, alors on doit procéder à une nouvelle évaluation du problème (ou d'un aspect du problème) et concevoir des interventions mieux adaptées.

7. ETAPE DE CONSOLIDATION. On arrive alors à proposer d'autres prescriptions, plus adaptées à la vie courante de façon à rendre les nouveaux apprentissages plus permanents. Les personnes doivent ainsi se forger de nouvelles habitudes qui conviennent à leur nouvelle manière d'affronter leur problème et, parfois, leur nouveau mode de vie. La plupart du temps, on constate que les patients disposent des ressources nécessaires pour poursuivre leur vie sans aide thérapeutique de longue durée dès que leur problème a été réglé. Il arrive, bien sûr, que certaines personnes aient grandi dans un environnement éducatif très pauvre ; dans ce cas, il faut leur procurer de nouvelles possibilités d'apprentissage, de nouvelles expériences (c'est le cas, par exemple, de certains enfants qui ont grandi dans un milieu de toxicomanes).

8. FIN DU TRAITEMENT

Le traitement se termine lorsque les personnes sont satisfaites de leurs accomplissements. Remarquez que, dans ce cas, c'est la solution qui valide le diagnostic ! (Et nous pouvons dès lors parler d'étiquettes « psychodégradables » !)

Illustration : une jeune fille dépressive de 22 ans

Pour illustrer ce processus, je propose de prendre un cas que j'ai suivi récemment au Centre de thérapie brève stratégique à Paris. Il s'agit de Julie, une très jolie jeune fille de 22 ans, brune aux yeux verts, mince, brillante, à l'image de ses parents et de son frère aîné. Son enfance et son adolescence se passent sans problème. Elle a eu quelques petits amis et quelques relations assez longues. Après ses études secondaires, elle doit choisir une carrière. Elle n'a pas vraiment d'idées précises sur les études qu'elle veut entreprendre mais, comme elle réussit tout ce qu'elle fait, elle ne s'inquiète pas trop : ses parents sont médecins, son frère aussi, et elle décide faire comme eux. Après quelques mois, quand elle doit vraiment se mettre à travailler, elle découvre qu'elle n'est pas vraiment motivée et que se mettre à étudier de la physique et de la chimie à fortes doses n'est pas si simple. Mais elle arrivera à dépasser ce petit problème. Et elle s'y met plus fort. Mais elle n'arrive pas à se concentrer, elle est distraite, alors elle essaie de se forcer. Elle devient de plus en plus stressée et le doute commence s'immiscer en elle. Elle perd son sommeil et, petit à petit, elle est de plus en plus épuisée. Elle ne dort plus du tout. Ses parents ont très peur pour elle et ils essaient de l'encourager : « tu peux y arriver, prends les choses plus cool, détends-toi. » Elle se met à prendre des somnifères mais cela ne marche pas. Elle doit faire une pause. Mais aussitôt qu'elle se sent un peu mieux, elle se remet à la tâche. Avec beaucoup de souffrance mais, comme elle est intelligente, elle réussit sa première année avec une très bonne note ! Tout le monde est soulagé et heureux et lui dit : « tu vois, tu ne devais pas t'en faire, c'était la première année, maintenant le reste va aller tout seul... » Elle-même le pense. Mais le problème revient dès le début de la deuxième année. C'est alors qu'elle réalise qu'elle devra repasser par toute cette souffrance pendant encore 6 ans ! Et qu'elle ne supporte plus la médecine. Alors, elle commence à penser : « OK, je n'aime pas ces études mais qu'est-ce que j'aime alors ? » Comme elle ne se

sent pas très en forme, qu'elle est anxieuse, elle a perdu pas mal de confiance en elle et elle se dit ; « Je dois trouver ce que j'aime, et vite ! » Bien entendu, elle ne trouve rien, alors elle essaie encore plus fort et elle pense et repense et repense encore pour trouver un remède à son absence de motivation. Tout le monde essaie de l'aider à trouver une réponse : « Et si tu faisais la psycho ? Et si tu allais dans le social ? La littérature, peut-être, tu as toujours aimé écrire. Et pourquoi pas le Droit ?... » Et ainsi de suite. Elle est de plus en plus angoissée et , au bout de quelques semaines, elle ne dort à nouveau plus. Elle va voir des psychiatres et des psychologues. On lui donne des pilules mais cela n'aide pas. Elle est tellement fatiguée qu'elle demande à faire une cure de sommeil à l'hôpital. Cela n'aide pas non plus parce que, à sa sortie, elle ne sait toujours pas ce qu'elle veut faire. Les médecins veulent l'hospitaliser à nouveau dans un centre spécialisé parce qu'elle commence à évoquer le suicide. Elle se retrouve donc dans ce centre en compagnie de drogués, de patients délirants, d'alcooliques et d'autres personnages plutôt bizarres. Le psychiatre dit aux parents : « Votre fille est incohérente. Elle se plaint d'être nulle, bonne à rien mais dès qu'elle fait quelque chose d'intéressant, elle dit que ça ne sert à rien, que c'est stupide. Il doit y avoir une profonde pathologie qui se cache derrière tout cela ! » (sic) [Je ne sais pas, mais peut-être une dépression, par exemple, non ?]

Elle perd encore plus de confiance-en-elle car elle se voit maintenant comme faisant partie de cette communauté de paumés. Elle est désespérée et pense qu'elle ne sera jamais plus en bonne santé.

C'est à ce moment-là que, à la suggestion de ses parents qui ont entendu parler de l'IGB, elle vient me consulter.

Alors, essayons d'appliquer le nouveau « diagnostic interactionnel ».

Plainte et symptômes :

- La patiente : « je suis nulle », « la vie est pourrie », « je ne mérite pas de vivre », « Je suis très angoissée et je n'arrive pas à dormir », « ce sera toujours comme ça, je suis foutue », ... « Je ne sors plus de chez moi », « je me sens très mal », « je pense à arrêter cette souffrance définitivement si je ne trouve pas une solution », « les gens me regardent différemment maintenant, tout le monde voit à quel point je suis stupide et bizarre », « je suis tellement faible que j'envie tous les autres ; ils sont tous mieux que moi et moi je suis méchante », « je suis malade, je suis perdue », « je ne serai plus jamais la fille que j'étais, il y a quelque chose de cassé... »

Quel est son problème et ses tentatives de solution?

« Je dois savoir ce que je vais faire de ma vie mais je me sens si faible que j'ai peur d'être incapable d'y arriver », donc « je cherche des explications dans mon passé pour comprendre pourquoi cela m'est arrivé à moi », « je demande de l'aide mais personne n'y arrive »,... « Je cherche des solutions, je regarde autour de moi pour trouver des indices et je suis toujours déçue » (d'où les différents symptômes).

Cartographie interactionnelle du problème

- Les parents :

- la mère : très anxieuse, elle reste à la maison pour s'occuper de sa fille et la surveiller. Elle lui parle beaucoup ; elle tente de la rassurer, de lui suggérer des pistes pour son avenir,... Elle essaie aussi de trouver des explications systémiques et familiales au problème de sa fille...
- le père (et la belle-mère) : ont très peur aussi, lui parlent d'hospitalisation ou alors essaient de la stimuler. Ils proposent aussi de nouvelles idées pour l'avenir.

A partir des symptômes, on se tourne alors vers le « Nouveau manuel de diagnostic et traitement interactionnels » et on y cherche le chapitre sur la dépression. [Je rappelle que ceci n'est qu'un premier jet et que ces données vont encore évoluer !!!]

On y trouve différentes descriptions :

1. « **Dépression radicale** » : les personnes disent qu'elles ont toujours été déprimées . [Ce n'est pas la bonne catégorie]
2. **Personne désillusionnée par les autres** [Celle-ci non plus !]
3. **Personne désillusionnée par elle-même.** [Ah, cela semble correspondre à notre cas !]
4. « **Le moraliste** » : victime du monde — pour elle ou lui, « le monde est fondamentalement mauvais, cruel, injuste. » [Cela ne correspond pas non plus à notre situation]

Il semble donc que nous nous trouvions face à la 3^e catégorie : « désillusionnée par elle-même »

Voici le genre d'informations que l'on pourra trouver dans le manuel :

- Une description des caractéristiques habituelles de ce genre de problème :
« Il ou elle (dans ce cas précis) est victime d'elle-même ; elle se croyait capable d'affronter la vie mais un événement particulier lui a apporté la « preuve » de son incompetence et, depuis lors, elle pense qu'elle ne sera plus jamais la personne qu'elle a été.
- Comment réagit-elle globalement ? Elle renonce en abandonnant. Elle se plaint beaucoup auprès de tout le monde. Elle a beaucoup de pensées d'auto-dénigrement. Elle pense beaucoup à ce qu'elle devrait pouvoir faire mais sans croire qu'elle en est capable et qu'elle pourra changer.

Etapas du traitement :

- 1^{ère} étape : l'amener à « arrêter de se plaindre » ? Pour ce faire on peut proposer une tâche allant dans le sens de l'encourager à ne pas trop en parler car les gens ne l'écouteront plus vraiment. Elle pourrait consacrer 1h par jour pour en parler.

Cette prescription est conjuguée à une tâche pour les parents (pour la mère d'une part, et pour le père et la belle-mère de l'autre): « chaque jour, vous vous installerez sur le canapé, et là vous écouterez votre fille vous parler de toutes ses difficultés. N'intervenez pas, écoutez-la en silence sans lui répondre. »

(Technique baptisée : la conjuration du silence)

- 2^e étape : « Que feriez-vous si vous vouliez délibérément aggraver la situation ? Ne le mettez pas en application, bien sûr, mais cherchez tout ce que vous pourriez faire pour vous sentir plus mal. » Cela permet de réaliser à quel point les pensées obsédantes, les questions concernant le futur, l'isolement, etc. non seulement son inutiles mais dommageables.
- Ensuite : le « fantasme du pire ». La prescription consiste à l'amener à affronter les peurs inévitables. « Les peurs affrontées se transforment en courage ! »
- Enfin, la technique du « comme si » : « que pourrait-elle faire pour rendre sa journée plus agréable SI elle se sentait mieux ? » Ce qui revient à utiliser le futur pour changer le présent.

Le plus important étant de garder fermement la même ligne directrice et à utiliser la communication thérapeutique et le cadre relationnel pour augmenter sa motivation à mettre en œuvre les prescriptions.

Exemples de recadrages et de métaphores :

- Le « talon d'Achille » : elle a en effet découvert qu'elle n'était pas invulnérable et que, malgré toutes ses qualités, elle peut rencontrer des

obstacles difficiles à surmonter. Il est bon aussi qu'elle fasse la découverte que le fait de renoncer à une entreprise n'équivaut pas à abandonner tous les combats de la vie.

- Des « réactions immunitaires » plus appropriées pour faire face aux difficultés de la vie...
- Attendre, savoir patienter lorsque la situation n'est pas mûre, est une preuve d'intelligence, une force plutôt qu'une faiblesse.
- Accepter et reconnaître ses faiblesses constitue la meilleure façon de devenir plus fort.
- ...

Je dois dire que c'est exactement la façon dont j'ai conduit la thérapie avec cette jeune femme. Je l'ai revue hier (donc environ 4 mois après le premier entretien) et j'ai pu constater qu'elle allait très bien. Elle est souriante, heureuse d'avoir rencontré un nouveau copain avec qui elle se sent bien. Elle a décidé, après discussion avec ses parents, de ne pas reprendre d'études cette année. Elle a décidé de faire les expériences qu'elle avait hésité à faire après ses études secondaires. Elle sait maintenant qu'elle devra construire une vie différente de celle de ses parents et de son frère aîné mais elle est confiante car elle s'est rendue compte qu'en arrêtant la lutte, elle avait retrouvé toutes ses ressources. Elle n'a pas encore décidé d'arrêter les entretiens mais elle m'appellera en cas de difficulté.

[Bien sûr, on aurait pu utiliser d'autres techniques thérapeutiques, voir la famille ensemble lors de certains entretiens, être plus ou moins directif, faire des séances plus ou moins longues, etc. Pour nous, l'important consistant à l'amener à arrêter ses tentatives de solution et les réactions parasites qui les accompagnent.]

Conclusions

Bien sûr, cette présentation n'a mis l'accent que sur le « que faire ? » et a laissé de côté le « comment faire ? » Et, pour cela, nous aurons besoin de l'expérience de nombreux thérapeutes et d'approches différents. Il est important aussi que le thérapeute ne sombre pas dans l'activisme à tout crin. Le but conscient est certainement la voie royale pour rater une thérapie. Mais je pense aussi que, paradoxalement, lorsque quelqu'un sent qu'il a de quoi se défendre, il peut entrer plus confiant dans une relation thérapeutique sans devoir « attaquer ». Lorsque nous voyons la direction générale que doit prendre le travail, lorsque nous avons à notre disposition des techniques concrètes de changement, lorsque nous avons bien compris les problèmes de nos patients, alors nous pouvons vraiment être en contact avec eux et construire une bonne relation thérapeutique sécurisante.

Je pense que nous pouvons proclamer notre différence : notre travail se fonde sur d'autres prémisses qui sont, selon nous, plus appropriées au domaine de l'esprit et du comportement humain. Nous comprenons mieux comment la communication détermine le comportement, comment les personnes se construisent littéralement à travers la communication et les relations. Nous sommes capables, à présent, de mettre en évidence des boucles de régulation qui peuvent causer de la souffrance et empêcher une bonne adaptation de la personne à son environnement, les pièges dans lesquels nos patients — et nous tous — peuvent tomber, parce qu'ils sont récurrents et empêchent les gens de rester en contact avec leur contexte de vie sans cesse changeant Et nous commençons à être capables d'utiliser des techniques et des contextes de communication pour corriger ces problèmes.

Par ce nouveau type de diagnostic, nous espérons stimuler l'intérêt d'un grand nombre de professionnels. Nous souhaitons leur adresser un message : « Si vous n'êtes pas satisfaits de l'approche médicale et pharmaceutique des troubles mentaux, si vous en avez assez des prescriptions de psychotropes et de l'isolement psychiatrique, si vous voulez savoir comment penser globalement et agir localement pour aider vos patients, alors nous avons non seulement d'autres pistes mais des méthodes spécifiques pour comprendre les problèmes selon d'autres critères, ainsi qu'un ensemble de moyens et des techniques opérationnelles qui peuvent aider à les résoudre. Nous n'avons pas toutes les réponses et ce processus devra sans cesse évoluer afin que nous puissions être de plus en plus efficaces dans le travail avec nos patients. Mais nous avons d'ores et déjà des indications intéressantes pour de nombreux cas difficiles.

L'ambition du projet n'est pas une ambition personnelle. Beaucoup de personnes sont en souffrance et n'ont d'autre horizon que celui des murs de l'hôpital psychiatrique. Comme le faisait remarquer Gregory Bateson : « il ne peut y avoir de compétition dans l'ignorance ». Si ce projet peut apporter un certain soulagement, alors il vaut la peine, et j'espère qu'il ouvrira la voie à de nombreuses recherches dont, en fin de compte, nos patients seront les bénéficiaires.

Merci beaucoup.