

Dr Tristan DELAAGE, Psychiatre, CH de Navarre &
Dr Hervé ABEKHZER, Psychiatre, Chef de pôle,
Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CH de Navarre, EVREUX

« Thérapies brèves orientées solutions et HTSMA en entretiens familiaux »

Communication dans le cadre de la journée d'étude "HYPNOSE, EMDR et HTSMA: des cliniques et des stratégies pertinentes au service des thérapeutes et des patients", organisée par le CH de Navarre le Vendredi 26 Octobre 2012 à EVREUX.

**I Présentation de l'approche orientée vers les solutions en entretien familial
(Dr Tristan DELAAGE)**

La thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) est une méthode d'entretien clinique développée aux États Unis dans les années 1980 par l'équipe de Steve de Shazer, alors Président du Centre de Thérapie Brève et Familiale de Milwaukee, et dont l'originalité consiste à élaborer avec le ou les consultants (patient et accompagnants) des solutions au problème en s'appuyant sur la description de situations et d'interactions en l'absence du problème.

La philosophie de cette approche s'appuie sur l'idée que nous nous construisons à travers l'utilisation des jeux de langages que nous utilisons pour décrire nos interactions. Plus qu'un champ lexical ou qu'une simple façon de rendre compte de nos actions et points de vue, les jeux de langage sont les façons et les styles par lesquels nous jouons avec le langage pour être entendus et compris, pour nous raconter, c'est-à-dire construire ce discours qui nous décrit à travers ce que nous faisons.

Les jeux de langages constituent un « système complet de communication humaine ». Les jeux de langage incluent par exemple nos comportements habituels au cours d'interactions sociales avec notre famille, nos amis, nos collègues, nos façons d'exprimer notre colère aux autres, ou encore les façons dont l'on nous sollicite. Ils construisent et maintiennent les relations sociales. Comprendre ce qui est dit, c'est comprendre le « jeu de langage ».

La signification des mots est inséparable de la façon dont on les utilise ; le sens du mot dépression, ou schizophrénie, par exemple, dépend autant de celui qui le prononce, que de celui qui l'entend ou que du contexte dans lequel il est utilisé.

Notre façon d'éprouver les expériences est influencée par les jeux de langage que nous « jouons ». Ces jeux façonnent notre façon de catégoriser et de nous orienter vis-à-vis des circonstances de la vie. Les jeux de langage traduisent la façon dont les épreuves sont perçues et vécues, ainsi que la perspective dans laquelle sont pris en compte les actions à entreprendre

face à la situation. Ils nous encouragent à faire attention à certains aspects de nos vies et à ne pas prêter attention ou à ignorer d'autres aspects.

De Shazer remarque et insiste sur le fait que les personnes décrivant la façon dont elles traversent leurs expériences organisent des récits organisés autour de différents jeux de langages, et il oppose dans ces récits les jeux de langage organisés autour des problèmes de ceux organisés autour des solutions.

En l'invitant à décrire ses interactions en l'absence du problème, le travail thérapeutique que la TBOS propose consiste à amener le patient à basculer sa vision de la situation en développant un jeu de langage organisé autour de ce qu'il peut faire pour agir plutôt qu'autour du blocage de la situation et de son impuissance à y remédier.

Cette approche se résume bien dans la formulation de **la question miracle** : « imaginez que ce soir, pendant que vous dormez, un miracle se produise : le problème pour lequel vous êtes venu consulter disparaît, juste comme ça. Mais le miracle se produit pendant que vous dormez, de telle sorte que vous ne savez pas qu'il s'est réalisé. Que remarquerez-vous de différent le lendemain matin ? Qu'est-ce qui vous ferait dire qu'il y a quelque chose de différent, qu'il a dû se passer quelque chose cette nuit ? Que ferez-vous ce matin et ce jour-là et que vous ne pouvez pas faire aujourd'hui ? »

Mais elle peut également s'illustrer par les **questions sur les exceptions** qui, elles aussi, cherchent à décrire les situations et les interactions qui prennent place en l'absence du problème. Cette technique s'appuie sur l'idée qu'un problème n'est pas permanent.

La vision du problème des thérapeutes stratégiques est essentiellement comportementale. Pour exister de façon continue ou répétée, tout problème doit être actualisé ; un problème consiste donc en quelque chose qui est fait, et non pas seulement en quelque chose qui est. Ainsi, il doit exister des moments où il n'apparaît pas. Que se passe-t-il dans ces moments-là et qui ne se produit pas dans les situations problématiques ? Quelles sont alors les ressources spécifiques, *exceptionnelles*, mises en œuvre dans ces moments d'exception ?

Cette technique, en se focalisant sur une situation qui prend à contre-pied le cadre de raisonnement classique, c'est-à-dire un raisonnement qui se centre sur le problème (sa nature, son importance, ses implications et les moyens de les compenser) et la façon de le traiter permet d'**opérer un recadrage puissant sur les ressources du patient et sur l'objectif qui est le sien**, à savoir sa liberté ou ce qu'il entend comme telle (c'est-à-dire ce qu'il pourrait faire en l'absence du problème).

D'allure très simple, voire simpliste (question miracle), cette opération est en réalité délicate et fragile. Elle repose sur une définition claire du problème qui motive la consultation et s'inscrit à ce titre dans le cadre des thérapies brèves et stratégiques et qui, elles-mêmes, s'inscrivent dans le cadre de l'approche systémique de la communication.

La famille ou le couple peuvent être vus comme un système ouvert, complexe, auto-organisé, où le comportement est une forme de communication qui comprend le contenu (le message) et le contexte (le relationnel). Le modèle de causalité auquel on se réfère pour comprendre les plaintes et les problèmes est circulaire (les effets agissent en retour sur les causes), et l'équilibre dynamique du système relationnel repose sur le jeu des boucles de rétroactions positives et négatives (forces de changements et de maintien).

Dans une perspective résolument stratégique, l'approche solutionniste s'appuie très largement sur le modèle thérapeutique du BTC (centre de thérapie brève et familiale de Milwaukee) , fondée sur la représentation du rapport circulaire d'un patient à son problème.

Ainsi, les thérapies brèves adoptent une définition particulière du problème : un problème est une situation à laquelle on cherche une solution. Cette définition implique que face au problème, on n'a pas la solution (puisque'on la cherche) mais, à défaut, ce sont des tentatives de solution qui sont mises en œuvre. Malgré qu'elles ne permettent pas de résoudre le problème, les tentatives de solution ne sont pas pour autant inutiles, car elles permettent d'établir que le problème est pris en compte, que quelque chose, même inefficace, est fait en retour, c'est-à-dire lui apporte une réponse.

Une situation compliquée pour laquelle on a une solution constitue une difficulté. Ainsi se dessinent deux perspectives : d'une part, les problèmes avec leur cortège de tentatives de solution et d'autre part, les difficultés avec leurs solutions qui leur sont propres.

Une fois ces définitions posées en entretien, il est possible de parler du problème sans en avoir à en définir le contenu. Ceci présente plusieurs avantages.

Cela permet au thérapeute d'adopter une position basse. Le problème est en effet celui du patient et de la famille et non pas celui du thérapeute. A ce titre, c'est bien eux qui en sont les spécialistes, et l'un des rôles du thérapeute est de les aider à formaliser de façon consensuelle le problème, étape essentielle pour les aider à rechercher des solutions.

Elle permet d'externaliser le problème sur une situation à proprement parler et de se dégager d'une vision culpabilisante ou dévalorisante, où quelqu'un, ou bien ses émotions, sont désignés comme problématiques ; aspect essentiel pour établir une alliance thérapeutique avec le groupe familial.

Ensuite, il est possible de parler directement à chacun de sa propre vision de la situation et du rapport qu'il entretient avec elle. Si le mot utilisé est le même, tout le monde en entend quelque chose de différent : classiquement, le problème de l'enfant, c'est sa souffrance, celui des parents, c'est de ne plus être inquiets (c'est-à-dire savoir que le problème est traité), celui de l'école, c'est celui de l'ordre, et celui du médecin, c'est celui du diagnostic et de la conduite à tenir.

Ensuite, il est possible de « cerner » le problème :

- son importance par sa taille relative sur une échelle de 0 à 10 - échelle subjective d'évaluation
- ce qu'il implique, c'est-à-dire ce qu'il contraint à faire d'une part (le plus souvent, éviter que la situation n'empire), et d'autre part ce qu'il empêche de faire
- les questions venant cerner le problème permettent également de mettre à jour les différents points de vue sur la situation, de les questionner et de les discuter, afin de pouvoir élaborer une vision consensuelle et interactionnelle du problème.

C'est ici, me semble-t-il, qu'intervient l'opération stratégique, c'est-à-dire dans la formalisation du problème. Définir le problème, le fait que la situation soit devenue ingérable, revient à définir l'objectif : que la situation soit de nouveau gérable. Lorsqu'un problème est clairement défini et que les différents acteurs impliqués sont d'accord sur la façon de le voir, c'est-à-dire sur le cadre qui l'entoure, alors le plus souvent, ils sont d'accord sur les nouvelles tâches à réaliser.

La description interactionnelle du problème, la question miracle et les questions sur les exceptions permettent un recadrage autorisant un passage d'une vision de blocage (ce que le problème empêche de faire) à une vision de potentialités (ce qu'il serait possible de faire en l'absence du problème).

Le recadrage permet au thérapeute de demander implicitement : « comment pensez-vous pouvoir agir dans votre relation au problème ? », « que comptez-vous faire ? ». Chacun peut alors marquer ses positions par les actions envisagées. Celles-ci peuvent faire l'objet de nouveaux recadrages dans la recherche d'un accord commun sur les tâches à réaliser.

Bien posée, la question miracle permet d'obtenir des réponses utiles à l'élaboration de nouvelles stratégies relationnelles. Pour être convaincante, elle doit pouvoir être posée dans un contexte qui s'y prête, c'est-à-dire qu'elle doit pouvoir être contée. Son principe repose sur la projection dans un imaginaire le plus crédible possible, et a en cela quelque chose de l'hypnose. « Hors contexte », le jeu de langage organisé autour du problème n'a plus lieu d'être. Peut alors se développer un nouveau jeu de langage, organisé dans une perspective dédagée, autour des nouveaux éléments représentant le problème solutionné. Les questions s'orientent vers les actions et les interactions et sont volontiers circulaires.

Adoptant la logique systémique dans une approche constructiviste et interactionnelle, De Shazer propose d'une façon synthétique et pragmatique les grandes lignes de forces du solutionnisme :

- Si ce n'est pas cassé, on ne répare pas
- Si ça marche, faites-en davantage

- Si ça ne marche pas, faites quelque chose de différent
- La solution n'a pas forcément de lien avec le problème : le langage de l'élaboration de solution diffère dans sa logique de celui nécessaire à la description d'un problème
- Nul problème n'est permanent : un problème, pour exister, a besoin d'être entretenu
- De petits pas peuvent amener à de grands changements
- L'avenir est à la fois création et négociation

II Cas cliniques (Dr Hervé ABEKHZER)

Pour présenter ce que les thérapies brèves ont apporté dans ma pratique de pédopsychiatre, je vais vous présenter deux cas cliniques :

1. le premier, pour montrer comment un entretien avec un patient pourrait prendre deux formes : d'un côté l'entretien du psychiatre que j'appelle « classique », et de l'autre celui qui utilise les techniques de thérapies brèves.
2. puis je vous présenterai le cas de Juliette pour mieux mettre en évidence l'intérêt d'articuler TBOS et hypnose.

Premier cas : Julien, 17 ans

Dans ce premier cas, je vais utiliser une métaphore pour illustrer ce balancement dans mon raisonnement, celle d'une route à deux voies : à droite celle du psychiatre traditionnel, et à gauche celle de l'utilisation des échelles de cotation et de la définition stratégique du problème par le thérapeute bref utilisant l'hypnose.

Julien, un adolescent de 17 ans, se présente, suivi depuis 4 ans par une collègue psychiatre, qui avait prescrit du Prozac devant un syndrome dépressif, lié selon sa mère et lui « à la mort du père ».

Je les rencontre car le duo mère et fils avait décidé de changer de psychiatre et le jeune ne voulait plus de traitement ni d'entretien avec cette soi-disant « psychologue » qui était en fait une psychiatre. La mère s'inquiète de ce que son fils n'a plus de traitement depuis quelques mois, « alors que ça lui allait si bien », ajoute-t-elle.

En un flash, certains voient leur vie défiler, et là j'ai vu le chemin sombre de la dépression. Un jeune homme « mal », triste, abattu. Je me suis dit très vite, « mais ne faudrait-il pas l'hospitaliser ? ». « Sa mère me dit qu'il va mal depuis 3 mois, et qu'il est en train de rater sa rentrée ». Je me suis vu prescrivant de nouveau le Prozac, et maudissant Julien d'avoir arrêté le traitement, et me disant: « s'il arrête encore le traitement, on va faire quoi ? Ça fait 4 ans qu'il est suivi et on en est toujours là, avec ce père mort et ce gamin triste ».

Je me suis vu faisant de multiples entretiens, où j'aurais essayé de comprendre la dépression qu'il avait. J'aurais même proposé une psychothérapie et ... je me serais fait jeter par mère et fils, qui me précisaient clairement que les « psychologues » : « STOP » ! La galère, quoi!

L'évidence était là: Julien est dépressif à cause du suicide de son père, donc ... il est « déprimé », donc il a eu un traitement par Prozac. Peut-être l'était-il au début de prise en charge, mais au moment de notre rencontre, il en avait la carte de visite « je suis déprimé, ma mère le dit, à cause du suicide de mon père ».

Il faut savoir parfois vaincre les représentations immédiates du psychiatre, de la famille et les questionner. En restant sur la représentation figeante de la « dépression », toutes les portes de sortie m'étaient fermées, et le duo mère/fils aussi... J'ai vécu un flot grandissant d'impuissance, et j'ai ressenti comme un truc massif, comme un paquebot à bouger.

Et me voilà au bout de 20 mn à me demander tout à coup, comme l'homme à la mer qui voit une bouée : « mais quelle est la taille du problème » ? Pour moi, c'était du gros, et pour eux

ce n'était pas si grave ... ils ont évalué le problème à 6/10 et 5/10 ! Nous étions sauvés du désastre des 9/10 ou 10/10. Je me suis mis à revivre ... et là, la machine à penser, questionner, vivre et fantasmer est revenue. C'est là que le thérapeute bref s'est mis en mouvement. La voiture du psychiatre prend la voie de gauche, celle qui est rapide.

Je leur ai alors demandé « mais qu'est-ce qui dans la mort du père fait problème ? »

Deux réponses spontanées de Julien:

- « quand j'ai vu sa cervelle sur le mur »
- le fait que la famille du père les ait laissé tomber depuis l'enterrement. Ces derniers n'appelaient que pour savoir si la maison avait été vendue, d'où un grand sentiment de solitude, « ils nous ont laissé tomber dès le début »

Nous voilà donc non plus avec une dépression, vaste univers sans fin, mais avec un syndrome post-traumatique et une problématique d'attachement, toutes thématiques que je commence à travailler maintenant avec Julien. Et sans traitement ... Pour l'instant il va bien, il semble avoir accroché, il est revenu. Je pense que je vais pouvoir travailler avec lui ces deux problèmes.

Alors que s'est-il passé dans cette intervention ?

D'abord sortir du tunnel sans fin de la dépression, Éric BARDOT parle du monde de la dépression. Peut-être le psy précédent s'était-il fait entraîner dans ce monde, et la prescription d'antidépresseur a-t-elle validé cette identité de « déprimé »?

Puis il fallait s'attacher à ce qui a émergé à ce moment-là : ici, l'image traumatique du sang sur le mur, et en parallèle, la solitude et l'abandon par la famille paternelle.

Comment ?

En décompactant la causalité avancée, à savoir la mort du père, il s'est agi de savoir quel était le problème et non l'explication donnée par la personne ou la famille. Là ils m'avaient abordé avec une causalité simpliste : il est déprimé à cause de la mort de son père. C'est « déprimé » ou la mort du père qu'il faut traiter ? Ne nous hasardons pas à choisir et laissons flotter : premier décentrage, « quelle est la taille du problème ? ». 5/10, très bien, je ne suis plus dans la zone rouge de l'urgence. Focalisons donc, c'est à dire comment, partant d'une définition du problème donnée par le patient ou la famille, on explore avec pour centre sur ce qui fait mal pour lui donner une forme travaillable. Ici double.

Quelques principes concernant les TBOS. Du moins ceux que j'ai retenus pour vous les exposer ici.

1) Éviter de mettre d'étiquette définitive sur la situation du patient. Ici le duo mère/ fils s'était approprié une identité : « déprimé », dirions-nous, un problème enfermante.

Une connaissance clinique est indispensable. Essentiel comme guide pour cerner les phénomènes psychopathologiques. Mais à y rester enfermé, on risque de s'enfermer dans une vision identitaire : il est psychotique, il est déprimé, il est anxieux, etc. Le diagnostic, une fois posé, peut malheureusement fermer la porte aux questions du diagnostic différentiel et aux surprises de l'évolution spontanée des troubles (c'est à dire souvent leur amélioration).

Comprendre le problème du patient ou de sa famille selon nos représentations sert de carte du chemin thérapeutique, mais en partie seulement. Le savoir médical et/ou psychopathologique du thérapeute ne résout pas la question du processus thérapeutique. Un patient à qui on a dit qu'il est dépressif avancera peut-être avec cette carte identitaire, mais cela le fera-t-il sortir de sa dépression ? Ce n'est pas sûr. Il vaut mieux traiter le problème du patient AVEC le patient et ses ressources propres dans une co-création dans l'instant présent. Vous en avez entendu parler depuis ce matin : « l'instant présent ». On verra qu'il est important d'ancrer le patient dans ce présent. C'est dans le présent, le maintenant, que le patient et le « psy » pourront mobiliser ses ressources face au problème, traité lui dans ses aspects actuels ou actualisés.

2) La collaboration avec le patient et sa famille

Avec les TBOS, on traite un problème ENSEMBLE avec le patient et sa famille. C'est le problème pour lequel le patient vient, et non pas seulement la pathologie que le psychiatre a repérée.

Savoir alors être humbles : « nous allons traiter ENSEMBLE ce problème, ni vous ni moi ne savons quel chemin emprunter, même si vous êtes l'expert de votre vie, un expert a besoin d'aide pour trouver ses propres solutions, etc. »).

Avec les TBOS plusieurs façons d'ancrer patient et/ou famille dans l'instant présent de la séance. :

- 1) utilisation d'échelles subjectives pour coter la gravité du problème par les membres de la famille (nous avons vu que le problème peut sembler très grave pour le thérapeute et pas du tout pour le patient ou sa famille), pour coter leur confiance dans la possibilité de guérir... On décentre ainsi du fonctionnement purement mental par des représentations analogiques, sensorimotrices. On peut aussi coter la certitude du patient à faire telle ou telle action. Etc.
- 2) l'utilisation de la question miracle m'a beaucoup aidé à mettre à jour ce que les familles pouvaient se représenter comme étant sa situation de « guérison » à elles, et non la solution que le psychiatre pouvait imaginer. De l'autre côté, la famille ou le patient peuvent mieux dessiner les contours de leur problème, et imaginer un monde meilleur « sans le problème ». On raisonne pour le futur en termes d'actions : « qu'est ce que vous ferez que vous n'avez pas fait jusque là ? ».
- 3) il s'agit pour les thérapeutes d'énoncer les questions qui nous agitent, « là et maintenant », explorant par là les impacts que le problème et les questionnements de la famille induisent en nous. Travailler ENSEMBLE avec la famille et/ou le patient. S'habituer à penser « maintenant », et non par l'histoire qui expliquerait le présent, ou penser par des définitions générales, n'est pas évident, mais très formateur à la créativité immédiate, ... avec des moments de doute bien difficiles parfois, mais on n'a jamais rien sans rien.

On voit le cheminement depuis l'approche nosographique psychiatrique traditionnelle (il y a une maladie mentale, indexée au DSM IV, il faut un traitement pour faire disparaître la maladie pour que le malade aille bien) jusqu'au raisonnement thérapies brèves et hypnose, qui table sur de multiples facteurs dont les ressources du patient (ou de la famille).

On passe d'une logique des mots : dépression, schizophrénie, angoisse, anxiété, à une façon actuelle de vivre les problèmes, à les vivre dans le moment présent avec tout ce que ça implique de sensorimoteur, émotionnel, etc. On le voit, nous nous approchons du monde de l'hypnose. Et TBOS c'est souvent associé à hypnose, ce que j'ai mis du temps à comprendre ...

Mais pour que cela vous soit plus clair, je vais vous parler d'une deuxième situation.

Deuxième cas : Juliette, 16 ans

Juliette vient me voir régulièrement depuis fin 2009, pour des problèmes relationnels avec sa mère, avec une série de difficultés plus ou moins sévères : obésité, incurie, conflits scolaires. Elle était suivie en psychothérapie depuis un an et l'évolution n'était pas bonne. Quand je l'ai rencontrée la première fois, elle était peu accessible, très timide, et peu à même de me dire ce qui lui posait problème.

Pendant les premiers mois, j'ai prescrit du Risperdal, antipsychotique, même si cliniquement l'absence de discordance et d'éléments délirants ne pouvaient pas m'orienter vers une schizophrénie débutante. J'avais pensé devant l'incurie et les difficultés relationnelle que le traitement permettrait une évolution meilleure. Ça a permis une certaine stabilisation, mais sans plus.

On a aussi longuement travaillé les origines de Juliette : un père probablement SDF parti sans laisser d'adresse, la mère était jeune et a vécu un passage difficile. Mais elle a quitté cet homme pour celui avec lequel elle vit, nettement mieux intégré socialement. Juliette a retrouvé son père à un moment, lui ayant écrit, mais leur relation s'est arrêtée peu après, Juliette ayant voulu arrêter.

Fin d'année 2010, l'évolution était plutôt moyenne, sans grands changements. J'avais beaucoup de craintes sur cette adolescente, plutôt incurie, plutôt conflictuelle, ayant peu d'amis.

En août 2010, Juliette laisse entendre qu'au collège certains « l'embêtaient » beaucoup. Je lui propose alors une séance d'HTSMA, avec des mouvements alternatifs et un travail en hypnose, présentant là un possible syndrome post-traumatique.

Durant cette séance, je mets bien en évidence un vécu traumatique par rapport à deux jeunes qui l'ont rackettée et agressée. J'ai travaillé sur sa colère, d'abord un petit point noir dessiné, comme une petite colère. En amplifiant ce petit point, elle y découvre mieux comment les deux autres l'ont rabaissée, et alors elle a exprimé une sacrée colère.

Mais si Juliette a pu exprimer une émotion qu'elle contenait, c'est surtout sur les aspects relationnels que nous avons pu travailler, à savoir que la mère n'avait aucune idée de ce que vivait sa fille. Leur relation a changé dès lors, avec une mère bien plus proche de sa fille, bien plus protectrice.

Je n'ai pratiqué qu'une seule séance, mais le résultat en a été magistral : ça a d'emblée permis de « débloquer » la situation. A partir de ce moment, de septembre 2010 à mai 2012, Juliette a beaucoup progressé. Elle s'est occupée sérieusement de son obésité, elle a commencé à s'occuper d'elle-même, de son apparence, et à devenir coquette. Bonne évolution donc. Les deux ans qui ont suivi ont été très classiques : suivi par le psychiatre tous les 2-3 mois, psychothérapie.

Mais fin juin 2012, patatras, la catastrophe ! Elle revient pour une chute des résultats scolaires, depuis 6 mois, elle ne veut même pas passer son brevet, elle est abattue, triste. Tout le monde va penser : « elle était dépressive » ? Non ?

La dépression est intimement différente pour le patient et pour le psychiatre (l'un le vit, c'est son monde interne, l'autre le voit comme une maladie à traiter). L'exemple de Juliette m'est apparu presque comme un cas d'école et ceci a des conséquences sur le plan thérapeutique bien évidemment : traitement médicamenteux ? ou abord hypnose / thérapie brève stratégique ?

La mère est furieuse, désespérée, car Juliette doit passer le brevet le lendemain et elle ne veut même pas y aller, convaincue qu'elle va le rater. D'où un passage en seconde improbable, et un avenir barré. Juliette confirme les larmes dans les yeux et le regard noir de celle qui n'a plus d'avenir.

Je n'en menais pas large du tout. Envahi d'un sentiment d'urgence, je pense immédiatement « on y va, on questionne sur ce truc pas prévu ».

Je demande alors comment se sentait-elle « maintenant, aujourd'hui et à cet instant » ?

Plutôt que de lui demander si elle était dépressive ou alors si elle acceptait un traitement.

Voilà un fragment d'entretien pour vous montrer une bascule en un instant très court :

1- Juliette répond mystérieusement à ma question « ça sera mieux quand ce sera l'été que maintenant, quand ce n'est pas encore l'été »

2- le psychiatre « mais si ce n'est pas l'été alors c'est comment ? »

3- la mère explose et insiste : « ça fait 6 mois que ça va mal ! »

4- Juliette répond à ma question suivante : « quelle image te vient-il quand tu penses à ta situation là maintenant ? : « un mur derrière lequel je suis enfermée ». Les yeux noirs me regardent attentivement. « Tu peux en sortir ? » : « non, mais je vais essayer »

5- le psychiatre essaye d'induire une solution : « casser le mur avec un marteau ? », mais Juliette arrive vite à la conclusion : « le mental ne sert à rien, mimer le marteau ne sert à rien, vous vous trompez »

6- je ne sais toujours pas pourquoi, mais je lui raconte alors l'histoire du veau d'Erickson, à ma façon, en changeant un peu le récit. Je lui explique qu'Erickson a tiré les oreilles du veau pour le faire avancer (en fait dans la version originale c'est l'inverse, il lui tire la queue et le veau avance alors). Juliette explique alors qu'en parlant gentiment aux animaux, ils avancent certainement plus facilement. Puis, elle précise qu'elle a une Juliette qui est enfermée derrière son mur, et une autre qui lui crie tout le temps dessus, l'humiliant, et que si toutes les deux se mettaient à s'aider l'une l'autre, ça irait mieux. Première précision, ce ne sont pas des hallucinations, mais un dialogue intérieur, ce qui renvoie au concept de dissociation utilisé en hypnose. Je lui demande immédiatement sans réfléchir si l'une pouvait aider l'autre, celle qui insulte aidant celle qui est enfermée, et réciproquement. Juliette se tait, acquiesce et je vois bien un travail psychique intense, de l'ordre de la transe profonde : « l'une aide l'autre ». Juliette sort de sa transe et se met à bailler. Elle me dit qu'elle se sent bien plus OK. On se quitte alors sans évoquer la question des traitements. La mère est plus rassurée, souriante. Moi, n'ayant aucun doute sur la suite, je leur fixe un rendez-vous en septembre. Une des personnes qui a relu m'a demandé pourquoi j'étais aussi sûr, je

réponds que je n'en sais rien, mais que ça fait partie de ces certitudes qu'on a parfois en séance, et que c'était la solution de Juliette et non la mienne.

Vous voulez savoir la suite ? Eh bien j'ai appris peu de temps après qu'elle a eu son brevet et qu'elle est passée en seconde.

Conclusion

En conclusion, je dirais qu'au fond plus qu'un excellent outil, les TBOS constituent plutôt un état d'esprit que je trouve de plus en plus opératoire tant pour le diagnostic que le traitement. Travailler dans le maintenant du problème pousse patients et thérapeutes à chercher des solutions pour un problème actuel et actualisé. On y gagne en acuité sur ce que sont les problèmes à traiter, et le cheminement thérapeutique ne peut que s'en trouver facilité.