

Savoir écouter, oser intervenir : réflexions sur le dialogue stratégique

Entretien de Jean-Jacques Wittezaele et de Grégory Lambrette (Xhierfomont, avril 2018)

GL : Qui s'intéresse à la place du dialogue stratégique dans le modèle systémique et stratégique de Palo Alto s'aperçoit assez rapidement que cette notion est relativement récente. Elle n'apparaît en effet pour ainsi dire pas dans les premiers écrits des pères fondateurs que sont Jackson, Weakland ou même Haley. Je n'irais pas jusqu'à dire que ces pionniers du modèle stratégique ne sont pas intéressés à la dimension conversationnelle de la psychothérapie, mais l'idée même d'un dialogue s'appuyant sur une modélisation cybernétique des problèmes humains n'apparaît guère avant les travaux de Giorgio Nardone.

J-J W : C'est vrai. Lorsque Teresa (Garcia) et moi avons écrit « A la recherche » alors que nous étions à Palo Alto, j'ai été frappé par le parallèle entre le principe des « tentatives de solution » et le processus de régulation par feed-back de la cybernétique. Je ne pense pas que les membres de l'équipe du MRI y avaient pensé eux-mêmes, Watzlawick parlait plutôt de « réducteur de complexité » et Dick Fisch n'aimait pas trop les liens théoriques avec la systémique. Moi j'aime bien ça, et j'ai toujours trouvé que la cybernétique donnait sa cohérence à toute l'approche interactionnelle de Palo Alto. Donc il est logique qu'on ne trouve pas de trace d'une modélisation cybernétique dans les écrits de l'équipe du MRI.

De plus, on ne parlait pas non plus du processus de l'entretien thérapeutique comme d'une conversation, d'un échange autorégulé, on insistait plus sur certains de ses aspects : parler le langage du client, définir le problème, déterminer un objectif réaliste...

Et puis, il fallait surtout questionner pour savoir quel était le problème. Mais, quelque part, questionner pour savoir quel est le problème, cela implique qu'un « problème » existe indépendamment des tentatives de solution. Et c'est là peut-être que les pères fondateurs étaient peu congruents. Dick Fisch disait lui-même que le thérapeute disposait de neuf séances et demie pour connaître le problème. Le questionnement, du coup, pouvait devenir très harcelant pour les personnes peinant à préciser ou à identifier ce qui les faisait souffrir. En même temps, Watzlawick affirmait : « Le problème, c'est la solution ! » Un paradoxe de plus pour Palo Alto.

GL : Sais-tu au fond ce qui a amené Nardone précisément à développer cette notion de « dialogue stratégique » ?

J-J W : Giorgio a assez vite distingué trois aspects dans le travail thérapeutique : la stratégie, la relation et la communication. La stratégie, c'est déterminer le mouvement général nécessaire pour arrêter les tentatives de solution, la relation c'est arriver à établir un climat de confiance, à se syntoniser avec le patient, et enfin, la communication, c'est trouver la façon de modifier le système de perception/réaction du patient pour qu'il puisse renoncer à ses tentatives de solution et/ou mettre en pratique les suggestions du thérapeute. Ces différents aspects s'entremêlent dans le dialogue stratégique.

Cela a conduit Nardone à formaliser un peu plus le « langage du changement », l'utilisation d'un langage du cœur plutôt que de l'esprit, etc. Ensuite, avec l'expérience de

plus en plus grande qu'il acquérait, il a vu des possibilités de faire des raccourcis. Par exemple, il a d'abord constaté que, pour les troubles anxieux, les gens qui avaient peur, soit avaient peur de mourir, soit de devenir fou. Dès qu'un patient évoquait ce type de problème, il posait la question fermée : « Vous avez peur de mourir ou de perdre le contrôle ? » Ainsi, en une seule question, il éliminait pas mal d'incertitude et le travail avançait d'autant plus vite. Et moi, je me disais : « comment sait-il qu'il n'y a pas d'autres possibilités ? », j'étais incrédule.

C'est lorsque j'ai perçu les grands types de thèmes de tentatives de solution, comme on disait à l'époque de Dick Fisch, les grandes « logiques » comme je les appelle, que j'ai compris pourquoi Giorgio posait ces questions discriminantes. La nature des processus de régulation revient toujours à une question de choix binaire : on fait ou on ne fait pas ! Il s'agit d'un feed-back positif ou négatif ? L'interaction s'apaise-t-elle ou pas après ? La vie psychologique est faite d'une suite de décisions.

GL : Si je ne m'abuse, et pour t'avoir déjà entendu évoquer la chose, tu préfères la notion de « *questionnement stratégique* » à celui de « *dialogue stratégique* ».

J-J W : J'ai revu ma position à ce sujet-là. Giorgio a commencé à parler de dialogue stratégique à l'époque de ces questions fermées que je viens d'évoquer. Comme j'étais sceptique et peu désireux de cautionner une analogie que je trouvais inappropriée, je voulais marquer ma différence en parlant d'entretien ou de questionnement stratégique plutôt que de dialogue.

GL : Car cela te semblait trop réducteur au départ pour ce qui touchait aux problèmes relationnels et donc, cela fermait un peu trop vite les possibilités de réactions potentielles face à un ou des problèmes.

J-J W : Oui, je trouvais cela trop caricatural. N'oublions pas l'idée principale du dialogue stratégique, c'est quand même de bien traiter les gens. Déjà ne pas rajouter à leurs difficultés, par exemple en les étiquetant ou en les traitant comme des personnes « bizarres » ou même différentes. On sait les ravages que peuvent faire les étiquettes, non seulement pour la perception que la personne a d'elle-même et de ses capacités à affronter le monde, mais aussi socialement, relationnellement.

Donc, on ne va pas les observer comme des bêtes curieuses et essayer de déterminer ce qu'ils ont de différent. Notre façon de procéder n'a rien à voir avec les entretiens psychiatriques traditionnels dans lesquels les psychiatres essaient de déterminer à quelle catégorie psychopathologique appartient leur patient, pour ensuite déterminer le traitement qu'il leur faut. La tendance à réduire la patient à ses symptômes, à imposer sa vision « scientifique » des choses ainsi que le traitement, sans trop se préoccuper de la façon dont le patient le vit ni des conséquences que le traitement peut avoir sur la qualité de sa vie...

GL : Peux-tu expliquer comment se déploie ou se déroule un dialogue stratégique ?

J-J W : Le dialogue stratégique est un processus autocorrecteur, c'est-à-dire qu'il demande que le thérapeute vérifie régulièrement qu'il a bien saisi la façon dont l'autre vit les choses, et qu'il rectifie le cas échéant. Tu sais, le fameux « corrige-moi si je me trompe » de Giorgio. La reformulation est essentielle pour construire ce dialogue et le faire évoluer.

Alors, il s'agit de le faire évoluer comment ? Eh bien, disons que le patient perçoit sa situation à partir de ses propres coordonnées en quelque sorte. En fonction de son histoire personnelle et des apprentissages secondaires qui l'ont transformé, mais aussi en fonction de l'intensité émotionnelle qui l'accompagne, qui la colore. En fonction de ses attentes, des redondances relationnelles qui limitent sa perception, de ses sensations physiques, physiologiques, etc., etc., bref en fonction de toutes une série de paramètres que l'on pourrait représenter comme une sorte d'espace dont les dimensions sont représentées par les composantes du système de perception/réaction.

Le thérapeute va partir de là, mais, par ses questions et ses commentaires, il va transposer les coordonnées de son patient sur les siennes.

Toute la démarche du dialogue stratégique, consiste à transformer les plaintes (qui peuvent être de nature diverse) du patient en un modèle dynamique, un enchaînement de processus interactionnels qui forment le « trouble » spécifique présenté par le patient. Cet enchaînement de cause et d'effets est circulaire, c'est-à-dire qu'il comporte un mode de régulation inadéquat (tentative de solution) qui ne permet pas la résolution du problème et fait en sorte que ce pattern devienne permanent ou chronique.

Le dispositif comporte différents étapes. D'abord, comme d'habitude, on demande au patient de nous dire, à sa façon, ce qui ne va pas. Pas d'explications, pas d'analyses, pas d'interprétations, des faits : *qu'est-ce qu'on a dit, qu'est-ce qu'on a fait ?* Cette opération est destinée surtout à mobiliser le patient, à le remettre au cœur de l'action et à abandonner sa position de spectateur commentateur de « ce qui lui arrive ». Les abstractions doivent être traduites en actions pour donner prise aux interventions ; la réalité de 2^{ème} ordre doit être exprimée en réalité de 1^{er} ordre (comme aurait pu dire Watzlawick). Le thérapeute veut comprendre l'enchaînement des événements plutôt que l'analyse qui en a été faite.

Cette étape déconcerte surtout les psychiatres traditionnels et les personnes qui évoluent en entreprise, les managers, les RH... Ils ont passé beaucoup de temps à analyser les difficultés qu'ils rencontrent, ou alors ils ont déjà demandé un audit qui leur a procuré une analyse et des mesures correctrices, et ils s'attendent donc à ce que la stratégie consiste à savoir comment faire passer les mesures auprès du personnel concerné. Alors quand l'intervenant se met à vouloir tout recommencer, ça surprend. Mais quand le dialogue commence, les personnes sentent que les choses ne se déroulent pas comme d'habitude, qu'on s'intéresse à ce qu'ils ont vraiment vécu, ressenti, pensé, qu'on cherche non pas à connaître la « vérité » au-delà d'eux-mêmes, mais leur vérité. Il n'y a pas « un problème » qui serait le même pour tous, il y a une situation qui est perçue comme telle par certains et c'est cela que le thérapeute ou le coach ou le consultant doit saisir.

GL : On peut donc transformer la réalité ?

J-J W : Pour nous, la réalité avec laquelle nous travaillons est malléable, on peut la transformer en organisant autrement les éléments de connaissance. On met les pièces dans un ordre différent, on les configure autrement, de manière à qu'une solution différente se profile.

C'est en cela que nous nous démarquons de l'approche expérimentale cartésienne traditionnelle, nous ne cherchons pas à imposer notre forme à la situation, donc à imposer nos prémisses, à les considérer comme plus pertinentes que les leurs. C'est en cela que notre approche est respectueuse de l'autre, qu'elle est vraiment égalitaire : chacun a le

droit de voir le monde à sa manière ! Et les patients ressentent cela aussi. Quelque chose comme : « Tiens, il parle comme tout le monde, tiens, il tient compte de mon point de vue, tiens, il ne me juge pas, tiens il me répond quand je pose une question, il ne laisse pas supposer que je ne comprends pas et que lui comprend bien mieux que moi. Il me parle vraiment comme à un être humain digne d'être son interlocuteur. Mais il ne fait pas que m'écouter sans réagir, il fait des commentaires, il pose des questions de détails, demande des précisions, s'étonne... non seulement je me sens écouté mais je me sens en sécurité parce qu'il peut entendre toute ma misère sans paraître dépassé, accablé... il poursuit l'entretien « comme si il entrevoyait une solution »...

Les mesures que nous proposons apparaissent comme « logiques » à la fin du dialogue, parce qu'elles auront été proposées suite à tout un processus qui conduit naturellement à cette conclusion et qu'elles laissent augurer d'un résultat concret.

GL : Le résultat concret, c'est là une notion à laquelle s'en est adjoint une autre qui est celle de la stratégie. Pour faire émerger de l'information et rendre aversives les tentatives de solution. Même s'il ne s'agit pas que de rendre les tentatives de solution aversives.

J-J W : Je dirais plutôt faire en sorte que le patient perçoive que ses tentatives de solution sont nocives pour lui. On ne les rend pas aversives, leur caractère « aversif » devient perceptible pour le patient. Le questionnement vise à permettre à la personne de sentir, en fonction de ce qu'elle poursuit, que ce qu'elle met en œuvre n'est pas adéquat. Et ça, c'est tout l'art du questionnement et de ce que l'on met dedans, comme commenter, ponctuer par un regard, un froncement de sourcil, par une histoire, etc.

GL : Ces commentaires sont au service du thérapeute qui s'essaie à capter donc la façon dont le patient agit et réagit ; la manière dont il vit, sent, pense.

J-J W : On cherche à comprendre l'histoire que le patient a élaborée autour de ses difficultés, et à en suivre le déroulement. On pose des questions d'éclaircissement quand on ne comprend pas. On peut s'étonner, rire à certains moments. Mais même ce rire contribue à la stratégie, ou plutôt il montre que nous avons saisi le mouvement qui conduit à l'impasse, que nous anticipons déjà une chute « annoncée »... Nous partageons le récit et les émotions qui l'accompagnent. Nous marquons notre compréhension lorsque la personne nous fait part de ses explications, des liens de causalité qu'il fait entre les événements. Sauf lorsque nous percevons que le récit s'engage dans des actions qui font partie des tentatives de solution. Nous arrêtons alors le récit en demandant des éclaircissements sur la séquence décrite, nous en interrogeons les conséquences (et quand vous faites cela, vous vous sentez mieux après ? Ou plus mal ?) Nous interrogeons la nécessité de ce comportement (Vous faites cela pour telle raison, OK, mais en fin de compte cela vous est-il bénéfique ?)

Nous agissons comme cela pour tous les éléments perceptifs qui contribuent à la réaction inadéquate. Par exemple :

- Les attentes : *ah oui, vous faites cela pour que tel résultat se produise, mais est-ce le cas ?*

- L'histoire : *comme vos parents vous ont mis en garde contre les dangers de ce monde, vous avez tendance à anticiper tous les risques...*

- Les émotions : *vous êtes tellement fâché que vous en oubliez vos bonnes résolutions et vous perdez le contrôle pour le regretter tout se suite, vous excuser platement et essayer de mieux contrôler la prochaine fois... C'est bien ça ? Et vous faites des progrès ?*
(Rires)

- Les rigidités cognitives : *vous vous dites que vous ne pouvez pas faire marche arrière et que vous devez mettre votre menace à exécution, même si vous trouvez alors qu'elle est exagérée, n'est-ce pas ? Du coup, j'imagine que vous devez le faire avec conviction !* (Rires)

Au cours de l'entretien, des éclaircissements sont apportés, des nouveaux liens tissés, des portes sont fermées, des objectifs précisés, des hésitations explicitées, des craintes dévoilées et affrontées... et, petit à petit l'histoire globale prend une forme cohérente, propre à une action plus « juste ».

Si on suit le déroulement des interactions, on peut alors déceler la logique circulaire de ce processus et de ses conséquences. Par exemple, une pensée (je dois aller chez gens que je ne connais pas), active une réaction émotionnelle de peur intense, cela affecte ma capacité de réflexion, je ressens des signaux de peur dans mon corps, ce qui augmente encore l'intensité de celle-ci, je me sens complètement dépassé et privé de mes capacités d'autonomie, mes symptômes s'amplifient et je suis complètement paralysé... jusqu'à ce qu'on me vienne en aide, que je prenne un médicament, ou que je redevienne progressivement capable de fonctionner à nouveau. Petit à petit, si d'autres expériences se produisent, ce qui risque d'arriver d'autant plus que je commence à les anticiper, je fais un apprentissage secondaire qui active le pattern à la simple évocation d'un élément pertinent de la situation redoutée.

G L : Il s'agit là d'une différence essentielle, me semble-t-il : le thérapeute n'impose pas son point de vue mais part de la réalité de la personne, de sa vision du monde, de son expérience subjective, en ses multiples dimensions.

J-J W : Oui, en fait il traite les patient comme des congénères, je dirais, en leur demandant ce qui ne va pas et en essayant de comprendre où ils sont bloqués. Même si leurs difficultés peuvent sembler bizarres, illogiques, insensées, le pari que nous faisons c'est que, de leur point de vue, ces conduites, ces pensées sont « compréhensibles ».

Je suis tombé sur un article, écrit par un chinois, qui parlait de *comprendre et accepter*. Cet auteur – Zhao Tingyang - parlait aussi de « dialogue » au sens où nous faisons émerger le sens, où nous co-construisons les choses en échangeant. Il disait que l'important si nous souhaitons envisager une solution commune à un problème, c'est d'abord de commencer à être ouvert à la position de l'autre, à comprendre la manière dont l'autre voit les choses et... à l'accepter ! Et cela, c'est un dialogue stratégique car il y a deux interlocuteurs qui progressent ensemble, vers un objectif commun. Et, du coup, nous avons un socle commun : ton comportement ne me semble pas irrationnel, ou biaisé, ou faux, ou je ne sais quoi... j'en comprends la logique, je vois en quoi il est cohérent par rapport à l'intensité de tes émotions, à ton histoire personnelle, à tes valeurs, à ta souffrance, à tes espoirs... Je peux bien sûr ne pas être d'accord avec ton point de vue, mais j'en reconnais la cohérence et la légitimité.

C'est précisément ce que nous faisons en thérapie. Je me suis donc réapproprié le terme « dialogue », même si je l'ai plus développé dans le sens que je viens de décrire, c'est-à-dire selon ses aspects plus relationnels.

G. L. : Oui, parce qu'il semble que Nardone développe moins cet aspect-là

J-J W : Giorgio a beaucoup parlé de l'importance du langage analogique, de parler au cœur du patient plutôt qu'à son esprit. On connaît l'importance des métaphores, des aphorismes, des histoires, etc., dans le processus d'influence, et nous y accordons une grande attention ainsi qu'à l'aspect « injonctif » des messages, que nous interrogeons

aussi. Quel est l'effet que le message produit sur l'autre ? La base cybernétique de notre travail : tenir compte des résultats de ce qu'on fait pour savoir comment poursuivre. Comprendre les « intentions » ou les attentes implicites des patients, en quelque sorte : « Vous dites cela en attendant quoi en retour ? »

Dans un dialogue stratégique, le thérapeute est attentif à discerner ce que le patient attend de ses interactions, et à en questionner la cohérence. Par exemple : « Quand vous vous plaignez à votre femme de son peu d'empressement à faire l'amour, vous attendez d'elle qu'elle en ait plus envie après ? » (rires).

Donc, en lisant cet article, je me suis dit : mais c'est exactement comme ça que je procède dans les entretiens thérapeutiques. Nous savons à quel point les individus tiennent à leur construction du monde – toute leur « santé mentale » en dépend – alors si le thérapeute cherche déjà à imposer ses vues, c'est mal parti ! Essayer de les faire changer d'avis est une tâche gigantesque. Par contre, si on accepte la façon dont le patient voit les choses, alors on peut l'amener à changer lui-même d'avis, et cela c'est bien plus simple. Mais il faut d'abord l'accepter tel qu'il est.

Je trouve donc que le terme de dialogue est plus juste et rend mieux compte de la façon dont se déroulent les entretiens thérapeutiques quand on pratique le modèle systémique et stratégique.

GL : Mais du coup comment arrive-t-on à concilier les points de vue s'ils sont différents ?

J-J W : C'est une bonne question pour les négociations internationales par exemple, mais c'est plus simple pour la thérapie car si les points de vue sont différents le but est commun : le soulagement du patient souhaité ou attendu. Le thérapeute sait que la façon dont le patient voit les choses et y réagit n'est pas la bonne. Pas la bonne tout simplement parce qu'elle ne lui apporte pas l'apaisement. Et il sait que ce qu'il doit faire pour y arriver, c'est arrêter ses tentatives de solution. Le dialogue stratégique va le faire apparaître : « Et quand vous réagissez de cette manière-là, les choses vont-elles mieux après ? » La logique de l'intervention implique que si le patient veut atteindre son objectif, aller mieux, il est donc nécessaire qu'il mette un terme à ses réactions inadéquates. Même les patients soi-disant psychotiques peuvent trouver cette démarche cohérente lorsque le dialogue est bien contruit.

GL : Le thérapeute mobilise le patient en lui faisant voir ce qu'il pourrait faire pour aller mieux alors ?

J-J W : Oui, le patient est conduit à réaliser que sa démarche « logique » provoque une aggravation de son état et une dépendance de plus en plus invalidante. Il se trouve devant une configuration différente de son problème, une configuration dans laquelle il est acteur principal, face à la possibilité d'améliorer sa situation s'il change sa façon d'aborder le problème. Parfois il déduit lui-même ce qu'il convient donc qu'il fasse, par exemple : « ah oui, donc vous voulez dire que je dois arrêter de demander de l'aide ? », parfois le thérapeute doit lui suggérer des expériences qui concrétisent le changement de comportement, les tâches.

D'ailleurs, ce positionnement est important pour la relation thérapeutique. Pourquoi voudrais-je, moi thérapeute, qu'il change de façon de vivre s'il en est satisfait ? Lui-même sait plus ou moins consciemment, qu'il lui faudra changer des choses pour se sentir mieux.

GL : On voit qu'au cours du processus, le thérapeute joue d'une certaine manière de lui-même.

J-J W : Oui, c'est même indispensable de jouer de soi, je dirais. Il est vrai que lorsque nous échangeons avec le patient, nous sommes touchés émotionnellement par ce qu'il dit, cela résonne en nous et évoque, dans notre esprit, des images, des métaphores, des expériences vécues ou lues ou entendues, etc., ce qui alimente l'échange, renforce la relation, et prépare le patient à suivre les prescriptions qui viennent alors conclure « logiquement » l'échange. Et plus le thérapeute a de l'expérience, plus il a intégré son modèle thérapeutique, plus la conversation est « libre » d'objectif précis, moins on doit réfléchir à ce qu'il « faut » dire, à quelle métaphore on pourrait utiliser, quel recadrage fulgurant pourrait être décisif, quel argument pourrait faire basculer la décision à prendre, etc., plus l'imaginaire sera riche et adéquat, plus la conversation sera authentique, et... meilleure sera la relation. C'est pour cela que l'empathie est essentielle dans cette histoire. L'idée, c'est quand même de ressentir tout en gardant ce recul indispensable à notre intervention.

GL : User d'une empathie stratégique en quelque sorte. Une intervention qui pourrait s'apparenter à une sorte de plongée anthropologique dans l'univers de la personne, pour s'en imprégner mais sans y adhérer.

J-J. W : Oui, on peut dire ça comme ça.

GL : Et du coup, ton intervention consiste à lui donner du sens à son comportement ? A permettre au patient d'appréhender quelque chose qu'il n'avait pas perçu ?

J-J W : Oui, c'est ce que j'ai appelé « la cohérence interne de l'équilibre dysfonctionnel ». Le thérapeute doit être capable de reformuler, d'une façon narrative, comment une chose en entraîne une autre, et finalement de faire apparaître la logique implicite du problème et ses conséquences interactionnelles, comportementales, émotionnelles, cognitives... C'est ainsi qu'il donne à son interlocuteur la sensation d'être complètement entendu et compris, et qu'il l'éclaire aussi sur son propre comportement...

Cette reformulation générale du problème plante le cadre de la thérapie et sera la référence pour l'avancée du travail : les tâches, les recadrages, les commentaires, etc. seront toujours en cohérence avec la trame générale qui est impliquée par la reformulation.

Par exemple, une dame vient me voir avec son fils adoptif de 20 ans. Elle est désespérée parce qu'alors qu'il a un QI de 150, il a arrêté l'école, s'est mis à fréquenter les gens de la nuit, veut gagner beaucoup d'argent, cherche des places de serveur dans des restaurants ou des brasseries chic mais il se fait virer rapidement. Il a tellement volé d'argent à sa mère que celle-ci a décidé de lui payer la location d'un petit studio pour qu'il soit obligé de se responsabiliser. Lui se met de plus en plus en danger, contracte des dettes auprès de connaissances qu'il a peur de croiser par la suite... Il va de plus en plus mal, ne sort presque plus, mais continue à prétendre qu'il est sur un gros projet, avec des gens connus, ou des amis qui vont monter une start-up qui va cartonner, et que tout va s'arranger bientôt... La mère a essayé de l'envoyer en thérapie de nombreuses fois mais ça ne l'intéresse pas. Après notre entretien à 3, il dit à sa mère que j'ai l'air de savoir ce que je dis. Du coup, elle me demande si je peux lui envoyer un mail pour lui demander s'il souhaite qu'on puisse faire un travail ensemble. Comme je suis désolé de voir ce jeune homme plein de vie, de potentiel, capable de réussir une vie passionnante, partir dans une

nasse qui se resserre de plus en plus, je décide de lui envoyer un mail. Je lui dis, entre autres choses : *Mon impression, c'est que tu as tellement peur de ne pas y arriver que tu te sabotes toi-même. Tu imagines de beaux projets, mais j'ai l'impression que, quelque part au fond de toi, tu es persuadé que tu n'y arriveras pas. Alors, tu essaies de te rassurer toi-même en en parlant aux autres mais tout cela ne réussit pas à te donner la force et le courage de faire ce qu'il faudrait faire pour réussir à les réaliser. Tu es bien coincé. Bon, il y a des moyens de sortir de là, mais je sais qu'on n'entame une démarche de thérapie que si on en a vraiment le désir, donc à toi de voir si tu as envie de discuter de tout ça avec moi.* » Et il me répond : *« Pour répondre à votre mail, je vois que vous me cernez très bien et que pour moi ça serait un plaisir de continuer à travailler sur moi avec vous. »*

En tout cas, le cadre est posé, on sait à quoi on va travailler et le dialogue stratégique consistera à utiliser cette modélisation de son problème pour lui suggérer des issues possibles. Mon impression, c'est qu'il y a cette « croyance » prophétique qui le pétrifie lorsqu'il doit concrétiser ses projets, que cela soit une trace ou non de son passé d'abandon, et qui l'oblige à se replonger dans un autre projet qui s'autodétruit aussi vite, etc. Peut-être avec un *comme si* paradoxal : « Et si cette croyance était vraie, que ferais-tu de ta vie ? »

Mais pour revenir à notre thème, le dialogue paradoxal a permis de créer la relation en séance, le jeune homme s'est senti compris, et le mail de reformulation peut servir de plateforme au travail.

GL : Qu'est-ce qui, du coup, fait selon toi une différence entre un bon thérapeute et un mauvais thérapeute ?

J-J W : Pas simple comme question parce que la question de l'efficacité est liée aux prémisses de chaque approche thérapeutique, je ne peux donc parler que de ce que nous considérons comme des interventions réussies ou pas. Ce n'est pas toujours à la fin d'un entretien qu'on peut savoir si l'on a été « bon ». Parce que tu peux faire un excellent premier entretien - excellent dans le sens où la personne est très contente de l'entretien et te dit : « cet entretien m'a fait beaucoup de bien » - et... être un mauvais thérapeute en fait. Faire un bon premier entretien à la satisfaction du client n'est pas forcément la garantie d'être un bon thérapeute. Car tu peux être un thérapeute qui flatte le patient, qui lui donne l'illusion qu'il pourra peut-être changer. Ou encore être un thérapeute philosophe qui donne des pistes intellectuelles. Beaucoup de ce qui est reproché aux thérapeutes lorsque l'on dit qu'ils ne sont pas bons, c'est qu'au final il n'y a rien qui change. Et que donc assez vite, ça tourne en boucle, qu'aucune aide concrète n'est apportée à la personne. Mais souvent, ce phénomène dont j'ai parlé plus haut interfère ; cette idée que, progressivement, on s'approche de la clé du mystère... C'est un processus sans fin : plus on avance, plus on sent qu'il manque quelque chose... et donc on continue encore et encore à chercher « sous le réverbère » comme dirait Paul Watzlawick.

GL : C'est donc l'utilité, l'efficacité et donc la stratégie qui prime.

J-J W : Oui, le soulagement de la souffrance. C'est le postulat de Watzlawick au sujet de la psychothérapie : soulager la souffrance. C'est ça qui doit être notre ligne de conduite.

GL : Mais toi qui parlait de ce plaisir si particulier du premier entretien, as-tu aussi ce souci d'être très rapidement efficace ?

J-J W : Oui, c'est primordial pour moi. Dans mon milieu familial, on ne valorisait pas les fulgurances intellectuelles, on s'en méfiait. C'est de la frime ou du solide ? Si c'est du solide, ça doit nous aider à mieux vivre. Je veux dire par là que j'ai le souci d'être payé pour le service rendu et que je suis donc très mal à l'aise quand ça ne bouge pas. Des fois, cela m'amène à prendre des risques. J'ai ainsi un patient à Paris, un intellectuel, malheureux comme les pierres et dans un évitement terrible. Cela fait des années qu'il ne regarde plus son compte en banque. Il n'ouvre plus son courrier. Il est dans un évitement complet. Et donc il vient me voir pour ça. Mais comme il est dans l'évitement, il s'arrange pour éviter que j'aborde les sujets épineux. Et donc il meuble, il meuble, il parle, il parle comme s'il était en psychanalyse. Et donc je lui donne des tâches... qu'il ne fait pas, et il continue à parler. L'avant-dernière fois qu'il vient, il me dit : « Je n'ai toujours pas réglé mes problèmes administratifs ». Et donc il est anxieux avec ça. Et je lui dis « ok, je ne vais plus vous demander de faire des choses puisque manifestement vous n'arrivez pas à les faire ». Il veut donc me payer à la fin de la séance et là je lui dis : « non, je ne peux pas vous laisser me payer puisque mon travail consiste à ce que vous regardiez vos comptes, or, c'est ce que vous n'avez pas encore réussi à faire. Je ne peux donc pas accepter votre argent ». Du coup, il était complètement déstabilisé. Mais immédiatement après la séance il est allé voir ses comptes et était déjà très soulagé. Il revient en me disant : « Là, quand même, vous m'avez bien eu ». Je lui ai créé une dette et il ne voulait pas reevenir pour une autre séance gratuite. Bon, je ne recommande pas ça aux apprentis thérapeutes, c'est un peu dingue comme réaction, mais, dans ce cas précis, ça a été bien utile et a permis de débloquer la situation.

GL : Tu l'as fait sciemment ?

J-J W : Je ne peux pas dire que c'était une stratégie planifiée, c'est sûr. C'était plus intuitif si tu veux. Mais je n'aime pas trop ça quand les choses ne bougent pas, et lui est un homme sensible, il me rend impuissant, alors... je sais pas, quelque part, j'ai dû sentir que cela pourrait avoir un impact sur lui. J'aime pouvoir rendre le service que les patients attendent de moi. Même s'il faut reconnaître que l'on ne peut pas réussir à chaque fois. Mais je pense qu'il est fondamental que les thérapeutes aient ce souci d'efficacité, d'utilité. Nous sommes censés soulager les personnes de leur souffrance psychologique. Cela doit être notre ambition en tout cas, c'est la définition même de notre travail. Je suis d'accord, on ne peut jamais garantir le résultat, mais quand même, j'ai l'impression que le thérapeute doit assumer sa part de responsabilité dans le processus thérapeutique.

GL : Il faut qu'il y ait un résultat, un effet...

J-J W : Un effet positif et un soulagement significatif par rapport à leur problème, durable de préférence.

GL : Weakland disait qu'être un bon thérapeute, c'était savoir écouter et oser intervenir. Tu dirais pareil ?

J-J W : Savoir écouter et oser intervenir, sûrement. Je trouve que c'est une belle formule. Ecouter, comprendre, et oser agir. N'oublions pas non plus le côté auto-correcteur, cybernétique en fait, du dialogue ; le thérapeute peut se tromper, reformuler d'une façon que le patient semble accepter, et lui donner des tâches qui sont à côté de la plaque. On sait que le thérapeute doit tenir compte du retour des tâches, mais en fait ce processus

autocorrecteur commence dès le début de l'entretien, dès les premières questions. C'est petit à petit que le pattern dysfonctionnel apparaît, le thérapeute n'est pas censé avoir la science infuse, le feed-back est capital tout le long, c'est cela qui permet la construction du DOSS, c'est toute la substance du dialogue stratégique.

Je souhaiterais conclure en citant cette phrase de Lin Yutang que j'aime beaucoup et qui traduit bien mon sentiment à l'égard de la vie en générale et de ce que nous faisons en thérapie me semble-t-il : « *Aucun souci de perfection, aucune poursuite de l'inaccessible, aucune recherche de l'inconnaissable; mais, prenant la pauvre nature humaine telle qu'elle est, comment nous organiser pour pouvoir travailler paisiblement, souffrir noblement et vivre heureux?* »