

# **Programmation Neuro-Linguistique et Thérapies Brèves Centrées Solution L'espace solution et la place du thérapeute**

**écrit par François BALTA**

**Paru dans Métaphore N° 27 en Novembre 1998**

*François BALTA, Médecin-Psychiatre, psychothérapeute et formateur (à l'approche systémique essentiellement). Maître-Praticien en P.N.L., il fait partie de l'équipe des intervenants de l'I.F.P.N.L.*

Les PNListes soulignent l'importance de "l'élégance", de la "simplicité" alliées à l'efficacité des interventions de changement. Le courant des thérapies brèves centrées sur la solution (T.B.C.S.) ou des Interventions Orientées Solution (I.O.S), dont nous avons rendu compte dans deux numéros de Métaphore<sup>1</sup>, ne peuvent qu'exciter la curiosité et l'intérêt. En même temps, elles remettent, entre autre chose, en question la vision d'un thérapeute/intervenant brillant, créatif, plein d'idées et, parfois, pourquoi pas, de ruse, pour dénouer les pièges complexes du mal être.

## **l'espace problème et l'espace solution**

Ceux qui connaissent le modèle PNLT de Robert DILTS ne sont pas surpris par cette métaphore spatiale des espaces problème et solution.

Rappelons en deux mots ce qu'est le PNLT (Positions de perception, Niveaux Logiques et Temps) : il s'agit de la représentation d'un espace parallélépipédique permettant de situer l'état présent et l'état désiré en fonction des critères suivants : sur un côté de la base les Positions de perceptions (1, 2, 3) et sur l'autre les dimensions temporelles (Passé, Présent, Futur) et en hauteur les niveaux logiques (environnement, comportement, capacités, croyances, identité, appartenances). Dans ce modèle, on peut situer l'état présent selon ses caractéristiques constituantes et faire la même chose pour l'état désiré. Il y a de fortes chances pour que ces deux états ne se structurent pas sur la même temporalité, la même position de perception, et le même investissement en terme de niveau logique : ils n'occupent pas le même espace.

Le PNLT précise donc les différences structurelles entre les deux états, et permet d'imaginer, et d'orienter, les interventions les plus adaptées pour l'obtention du changement. On voit, découlant de cette approche, l'importance du travail d'analyse du problème et de définition de l'objectif à atteindre, puis du guidage nécessaire pour conduire au changement désiré.

En T.B.C.S./I.O.S., nous retrouvons des idées très proches. Il y a la métaphore d'un espace qui est celui dans lequel on pense/vit le "problème", différent d'un espace dans lequel on pense/vit la "solution".

---

<sup>1</sup> Yves MATHIEU. "Le choix comme éthique thérapeutique". Métaphore n°24 p16-20 et Métaphore n°25 p15-18;

Mais ici ces espaces ne sont pas seulement "mentaux", "intrapyschiques", ou ceux des coordonnées des processus utilisés par la personne pour "construire" le problème ou sa solution. Il s'agit aussi de l'espace du dialogue entre l'intervenant et son client. C'est dire qu'il a une dimension supplémentaire, celle de l'échange, de l'interaction (essentiellement verbale) qui s'instaure entre les deux partenaires de ce travail. C'est aussi une manière de rappeler que chacun a son rôle à jouer, et donc une manière de se questionner sur ce qui est en propre de son ressort.

Autre différence : du côté de la PNL, le PNLT débouche sur une analyse fine, dans les termes de l'expertise PNL, de la structure du problème et de celle de la solution. Dans l'approche centrée solution, l'affirmation d'une différence d'espaces ne débouche pas sur une analyse du problème, bien au contraire. L'idée est de ne pas entrer dans cet espace, et si on se trouve invité à y entrer, de ne pas s'y attarder mais d'en sortir le plus rapidement possible (c'est à dire en tenant compte du besoin que le client peut avoir de parler de son problème et de partager ses émotions pénibles).

On retrouve par contre un autre point commun entre PNL et TBCS/IOS : c'est au patient de déterminer son objectif (son état désiré), le rôle de l'intervenant se limitant (si l'on peut dire vu que c'est parfois un dur travail!) à l'aider à le formuler le plus clairement possible, selon des critères qui diffèrent dans les deux approches, différences que nous n'aborderons pas ici.

La PNL conserve donc assez souvent la vision classique de l'analyse du problème comme étape nécessaire pour permettre de dégager les solutions; les TBCS au contraire affirment que cette étape est non seulement inutile, mais qu'elle risque même d'être contre-productive, amenant à un renforcement du problème dans la mesure où on risque "d'aider" alors la personne à être en contact avec ses échecs, ses idées négatives et ses émotions désagréables, ce qui va à l'inverse de ce qui est recherché. Bien sûr, ceci doit être nuancé en pratique par la nécessité de maintenir l'alliance, le "rapport". Mais, dans une approche centrée solution, il est fortement recommandé de renoncer à la curiosité qui amène à vouloir obtenir un maximum d'informations sur la structure et les contenus des problèmes, ceci étant considéré comme non pertinent pour la construction de solutions.

## **Une vision constructionniste du fonctionnement psychique**

La PNL insiste sur l'importance des filtres neurologique, linguistique et expérientiel sur notre manière de fonctionner. On retrouve dans les approches centrées solutions la même idée de "construction". Elle est même étendue. Cette construction est aussi une co-construction, dans le dialogue avec les autres. Les "conversations" facilitent, augmentent, détournent, modifient, enrichissent nos visions du monde. L'art de la thérapie devient alors l'art de se servir de ce dialogue, de s'utiliser dans le dialogue. On retrouve là une vision très "ericksonienne" du rôle du thérapeute.

A nouveau, à ce point, les visions diffèrent sensiblement dans le cas de la PNL et dans le cas des TBCS.

Si dans les deux cas, le thérapeute prend une part active à l'évolution de la situation, et si les formations (de thérapeutes) consistent essentiellement à améliorer la manière de travailler, à enrichir sa panoplie "d'outils" et à développer son intuition clinique, la démarche centrée solution vise à réduire l'importance *apparente* du thérapeute et de son intervention et à redonner la vedette au client. Il s'agit de mettre en valeur ses qualités, sa créativité, ses qualités à lui, patient, et à favoriser son appropriation des améliorations et des succès obtenus. Au thérapeute d'endosser les échecs, les erreurs, au moins en ce qui concerne la thérapie, puisque sa responsabilité est de la mener au succès, c'est à dire au succès de son patient. Il ne s'agit pas d'obliger le patient à guérir, de lier des enjeux relationnels et personnels, narcissiques ou existentiels, à la réussite du traitement, mais de prendre simplement ses responsabilités en ce qui concerne la conduite du traitement, et d'appliquer à soi-même les principes de base des TBCS

(dont le troisième est bien connu des PNListes qui le doivent eux-mêmes si je ne me trompe à Milton Erickson) :

- 1/ si ce n'est pas cassé, ne réparez pas
- 2/ si ça marche, continuez à le faire
- 3/ si ça ne marche pas, faites autre chose

C'est donc la fonction principale du dialogue patient/thérapeute que de co-construire un espace solution investissable et habitable.

Les outils pour faire émerger l'espace solution

Les manières de faire émerger l'espace solution ont été détaillées dans l'article d'Yves MATTHIEU.

Nommons les principales rapidement :

- recherche des exceptions,
- analyse des moments sans problème
- recherche et identification des solutions partielles ou passagères du problème
- identifications des interruptions accidentelles de la séquence problématique
- réponses à la question-miracle (variante concrète du "comme si", "faisons comme si le problème n'existait plus, à quoi la situation ressemblerait-elle très pratiquement?")
- utilisation des échelles d'auto-évaluations.

Mais ce n'est pas de reprendre l'exposé de ces outils qui m'intéresse ici. C'est plus en quoi ils impliquent une attitude différente du thérapeute et de quelle manière leur utilisation modifie le rôle et la place qu'il occupe.

## **Le rôle de l'intervenant centré solution**

Attentif aux contenus, l'intervenant se centre cependant sur les processus, et ceci à deux niveaux : processus internes au patient et processus inter-relationnel entre les deux partenaires de la thérapie. Le thérapeute est là pour faire apparaître les compétences de son patient, pour lui permettre de prendre contact avec ses propres compétences. Et aussi pour l'aider à voir que, dans le passé, malgré des résultats insatisfaisants (la demande d'aide en est la preuve indéniable), il a déjà montré à de nombreuses reprises des compétences, mais peut-être ni là ni comme il le désirait.

L'intervenant dans les TBCS va donc beaucoup utiliser le questionnement orienté vers ce qui a été réalisé. Les questions visent à faire décrire et amplifier par l'intéressé tout succès, même minime, toute chose positive, tout sentiment bénéfique, avec le plus de détails possibles. Il s'agit, pourrait-on dire, de favoriser une description qui suggère l'état positif recherché, mais ce n'est pas le thérapeute qui fait cette description, il provoque par son questionnement la personne à faire elle-même cette description avec la visée de la rendre ainsi plus puissamment évocatrice et plus facilement acceptée.

Le thérapeute va aussi se laisser volontiers "impressionné" (c'est un mot qui revient souvent dans les feed-backs des "solutionnistes") par les qualités développées face aux épreuves anciennes ou actuelles ("courage", "patience", "persévérance", "énergie", "force", "endurance", etc.) et qui sont souvent négligées ou non reconnues par l'intéressé lorsque le résultat voulu n'a pas été atteint. C'est dire qu'il sera généreux en compliments. L'art du recadrage est souvent alors bien utile. Il faut savoir voir les choses de divers points de vue et repérer le profil le plus favorable.

Puisque l'objectif est de redonner le plus rapidement possible à la personne le pouvoir sur sa vie, il n'est bien sûr pas question d'avoir des solutions pour elle. Son bien-être la concerne. C'est dire que la

définition de la relation telle qu'elle est conceptualisée dans les TBCS/IOS<sup>2</sup> est un guide important pour ne pas outrepasser le mandat confié. A qui ne demande rien, on ne donnera pas, de force, des solutions à des "problèmes" qui ne sont même pas perçus comme tels. Position frustrante pour l'intervenant bien souvent, et ce d'autant plus que les problèmes sont parfois évidents et "indéniables" (d'un point de vue qui n'est pas celui du patient) comme dans des cas d'alcoolisme ou de délire. Le thérapeute n'est pas en avant du patient, le devançant de sa science, ni derrière, le poussant de sa volonté bien intentionnée, mais à côté, comme un compagnon de voyage avec qui l'on converse et qui ralentit le pas ou l'accélère pour garder le contact. Une autre façon de dire, c'est que le thérapeute n'est pas un "malin", un habile qui jouerait des failles de l'autre grâce à ses connaissances développées en communication et en psychopathologie. Il accepte l'autre comme il est, ne se substitue pas à lui en ce qui concerne les décisions qu'il a à prendre pour sa vie, et se contente d'entrer là où on le lui permet, cherchant à travailler en coopération donc à comprendre, non pas tant ce qui ne va pas (ce qui serait retomber dans l'espace problème) mais ce qu'il y a faire pour que ce soit mieux (selon le point de vue du patient)

## **On n'a rien sans rien**

Toutes les approches nouvelles insistent sur ce qu'elles apportent de plus, sur la qualité de leurs résultats. C'est bien logique, et c'est même nécessaire pour soutenir la volonté et le désir de changer, d'apprendre. Mais il ne faut pas cacher me semble-t-il les renoncements nécessaires à chaque fois.

En tant que médecin-psychiatre, renoncer à l'analyse du problème est plus près du crime de lèse faculté et de la faute professionnelle que d'une conquête positive. Etre frustré dans sa curiosité n'est pas nécessairement une chose facile non plus à supporter. En effet, ici, nous ne rechercherons l'information qu'en fonction de son utilité pour valoriser le patient et l'aider à trouver son espace de mieux-être. Bien des choses "intéressantes" de notre point de vue de spécialistes-de-ce-qui-ne-va-pas ne seront ni abordées, ni approfondies.

La frustration n'est pas qu'au niveau de la curiosité, puisqu'il s'agit aussi d'abandonner une position de pouvoir (et de savoir, les deux allant souvent ensemble, se renforçant l'une l'autre), par exemple en laissant le patient décider du rythme des séances et de la durée de la thérapie, ce qui révèle fréquemment des conceptions radicalement différentes des siennes des besoins et du soin.

Frustration éventuelle aussi car le rôle de compagnon persévérant et patient n'est peut-être pas aussi valorisant que celui de thérapeute thaumaturge tout puissant, bardé de techniques efficaces, guidant avec sûreté son patient émerveillé (et passif) vers des terres meilleures, et pouvant ensuite recevoir l'admiration de ses pairs et la reconnaissance émue de ses victimes. (Rappelons l'intéressante notation clinique proposée par l'analyse transactionnelle qu'une victime sauvée reste fondamentalement autant victime qu'une victime persécutée, même si son état interne est bien sûr très différent!).

L'art des thérapies brèves centrées solutions, c'est aussi celui de ne pas faire autant que l'on pourrait, pour permettre à l'autre d'être davantage. Moins à faire pour laisser être.

## **F. BALTA**

Quelques repères bibliographiques :

- CABIE Marie-Christine, ISEBAERT Luc. *"Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie."* ERES. Coll. Relations. Ramonville Saint Agne. 1997.

---

<sup>2</sup> cf. La deuxième partie de l'article d'Yves MATHIEU, Métaphore n°25 de mars 98.

- De SHAZER Steve. *"Différence. Changement et thérapie brève."* SATAS -Le Germe. Bruxelles. 1996.
- KIM BERG Insoo. *"Services axés sur la famille. Une approche centrée sur la solution."* SATAS -Le Germe. Bruxelles. 1998.
- O'HANLON William Hudson, WEINER-DAVIS Michele. *"L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie."* SATAS -Le Germe. Bruxelles. 1995.