

LA THÉRAPIE ORIENTÉE SOLUTION

Une autre idée du changement



Pr Gérard Ostermann*

« Dis-moi et j'oublierai. Montre-moi et je vais peut-être oublier. Fais-moi participer, et je comprendrai. »

Dicton des Indiens d'Amérique utilisé par Insoo Kim Berg (1)

Résumé

Dans les thérapies centrées sur les solutions, on ne résout pas les problèmes, on les laisse se dissoudre en se centrant sur les solutions. La thérapie orientée sur les solutions est d'abord une réflexion sur la posture du thérapeute. L'empathie, la bienveillance la bonne volonté, le savoir du thérapeute concernant l'étiologie des dysfonctionnements ne suffisent pas à déclencher les

mouvements de changement attendu. Le langage des solutions n'est pas celui des problèmes. Le but de la thérapie n'est pas d'installer de nouvelles compétences chez le patient, mais plutôt de faire émerger et renforcer celles qui existent déjà. Le patient est ainsi le spécialiste de sa thérapie et le thérapeute, le spécialiste du processus thérapeutique.

Abstract

Solution oriented therapy

In therapy centered on solutions, we do not solve the problems, we just let them disappear by focusing on solutions. Therapy centered on solutions is primarily a reflection on the attitude of the therapist. Empathy, well meaning, good will, knowledge of the etiology of dysfunctions are not enough to start the move

towards expected change. The language of solutions is not the one of problems. The goal of therapy is not to install new competencies in the patient but rather to reveal and reinforce the ones which already exist. In that way, the patient becomes the therapist of her/his own therapy and the therapist becomes the specialist of the therapeutic process.

LA THÉORIE ORIENTÉE SUR LES SOLUTIONS (TOS) D'HIER À AUJOURD'HUI

*Professeur de thérapeutique, psychothérapeute, praticien EMDR Europe, HTSMA président d'Ical (Institut des conduites alimentaires), président du Collège des alcoologues aquitains, administrateur de la Société française d'alcoologie et fondateur responsable du Diplôme universitaire de pathologie de l'oralité.

Aux États-Unis, d'où elle est issue, l'Approche orientée sur les Solutions est considérée comme une méthode thérapeutique "basée sur des preuves". Plus de 32 études – dont certaines ont été menées pendant plusieurs années – attestent d'une efficacité à long terme dans 65 à 83 % des cas (2). Plus de 75 % des clients

(vocabulaire utilisé par les Anglo-saxons, substituable par patient en France) sont satisfaits, leur problème étant complètement ou en grande partie résolu. De tels résultats, quand il est question d'une méthode de psychothérapie, ont comme premier mérite celui d'aiguiser la curiosité.

■ MILTON ERIKSON ET PALO ALTO

L'Approche orientée Solution s'inscrit dans la continuité des travaux de Milton Erikson et de l'école de Palo Alto. Grégory Bateson (1903-1980) a développé en 1936 l'idée selon laquelle le comportement d'un individu découle non seulement des processus intrapsychiques, comme le défend la psychanalyse de Freud, mais aussi de la relation de cet individu avec son entourage. Ce travail les amène à repérer que « *les règles d'une relation ne sont pas définies une fois pour toutes. Il y a une perpétuelle adaptation réciproque consciente ou non : il s'agit d'un processus de feedback* » (3). Rapidement, l'équipe se lie avec le psychiatre américain Milton Erikson (1901-1980). Pour M. Erikson, le patient a déjà les solutions à ses problèmes et, par l'hypnose thérapeutique notamment, il guidera ses patients vers leurs propres solutions.

Si la thérapie psychanalytique peut être schématisée par "comprendre pourquoi les choses se sont passées ainsi dans le passé", la TOS peut être considérée comme une approche qui cherche à "comprendre le comment-présent" (4).

■ L'ÉQUIPE DE MILWAUKEE

Au milieu des années 1980, l'équipe du Centre de Thérapie familiale brève de Milwaukee, dirigée par Steve de Shazer et Insoo Kim Berg, étudie les comportements que leurs clients adoptent vis-à-vis de leur psychothérapeute afin de réaliser les changements désirés. Les auteurs découvrent ainsi que « *le processus de changement procède par petites étapes et que des petits*

changements conduisent souvent à un changement plus important et durable » (4). En 1982, S de Shazer et ses collègues proposent à une famille qui a du mal à se sortir de ses difficultés, l'interrogation suivante : « *Que se passe-t-il dans vos vies que vous voulez voir continuer à se produire ?* ». Pour réponse, deux semaines plus tard, la famille revient harmonisée, persuadée que son problème est résolu. La Thérapie Solution voit progressivement le jour : le client est considéré comme compétent et responsable du processus thérapeutique. La seule constante est que le changement est inévitable. Le thérapeute va travailler avec son patient afin de l'aider à prendre conscience que le changement a déjà commencé.

LA TOS : DÉFINITION

■ LES TROIS PILLIERS

- **Si ce n'est pas cassé : ne tentez pas de réparer !** Il convient d'éviter d'appliquer les normes du thérapeute à la personne qui consulte en lui imposant des catégories diagnostiques. Cette règle rappelle aux thérapeutes de rester cohérents par rapport à la posture de non-expertise et leur rappelle également qu'on ne peut pas sauver les gens malgré eux (6).

- **Lorsque vous comprenez ce qui marche, refaites plus de la même chose !**

- **Si cela ne fonctionne pas : essayez autre chose !**

■ TROIS TYPES DE RELATION EN FONCTION DE LA NATURE DE LA DEMANDE (SELON LA THÉRAPIE BRÈVE)

- **Visiteur** : ne se reconnaît pas de problème et n'a donc aucun intérêt

à rechercher une solution. Le type de relation visiteur, par exemple en alcoologie, concerne un sujet qui vient parce qu'il a été poussé par sa femme ou son patron qui lui a dit « *Si tu ne vas pas voir le médecin, le thérapeute, je te quitte ou tu es viré, etc.* » De Shazer propose simplement de faire alliance avec lui sur ce qui, pour lui, est utile et satisfaisant. S'il aime la pêche, on parle pêche et on valorise ses ressources en dehors du problème pour lequel il est venu. Secondairement, une fois l'alliance faite, on pourra travailler avec lui sur son problème, qui n'est pas sa relation à l'alcool puisqu'il n'est pas demandeur de changement, mais qui est que, s'il n'arrête pas de boire ou ne voit pas de médecin, sa femme le quitte ou son patron le met dehors.

- **Plaignant** : « *Si l'autre changeait son attitude, j'irais mieux. Je suis alcoolique, c'est ma femme qui dit que je suis alcoolique, mais c'est de sa faute, elle manque de douceur avec moi, elle est désagréable, etc. Je suis une victime.* » C'est la dimension de la victime qui est importante. La question du plaignant, de la victime, est à prendre en compte et à valider : chaque représentation de la réalité est validée dans cette approche. On ne critique pas la vision qu'a chacun de son contexte relationnel. On lui donne en général des tâches d'observation pour avoir plus d'informations sur les interactions avec ses proches. Proposer cette observation, créer une alliance. Il faut d'abord construire l'alliance, construire une relation dans laquelle le sujet puisse se sentir en sécurité et ne pas sentir la pression présente au niveau du soin pour qu'il arrête de boire.

• **Client** : c'est quelqu'un qui a une difficulté, qui peut parler de sa souffrance, qui pense que c'est quelque chose qui le concerne lui, personnellement, au niveau de sa responsabilité et qui peut modifier dans sa vie un certain nombre de choses qui pourront l'amener à vivre différemment. Avec le client, on peut travailler sur l'objectif. Un objectif est quelque chose de positif ; c'est le début et non pas la fin de quelque chose. Ce doit être, si possible, concret, minime ; il faut y aller progressivement, il n'y a pas mieux que les objectifs grandioses pour échouer. L'objectif doit aussi être écologique avec le milieu dans lequel on vit.

■ LES QUATRE PILIERS DE LA MÉTHODE

- Le langage des solutions n'est pas celui des problèmes.
- Rechercher les exceptions et les compétences du patient.
- La question du miracle permet de préciser l'objectif.
- Utiliser des échelles et des feuilles d'observation pour mesurer les progrès, même tout petits.

LE LANGAGE DES SOLUTIONS N'EST PAS CELUI DES PROBLÈMES (UN ACCOMPAGNEMENT ET UNE RHÉTORIQUE SOLUTIONNISTES)

« *Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde. Ne pas nommer les choses, c'est nier notre humanité.* »

Albert Camus

La TOS a un langage bien à elle. À travers des entretiens conver-

sationnels, une co-construction se produit. Il s'agit de sortir de la **zone problème** et d'envisager les possibles. Insoo Kim Berg et Peter De Jong insistent sur le fait que, dès la première séance de TOS, « *nous pensons à – et travaillons pour – la fin de notre intervention avec le client...* » (7). Le thérapeute accompagne son client dans la création d'un nouveau contexte de vie, dans lequel il sera en mesure de choisir librement ses habitudes de vie. Cette démarche de soin est notamment adaptée pour des personnes aux prises avec des addictions ou des phobies qui perturbent ou annihilent leur libre arbitre au prix de lourdes souffrances. L'idée dominante est que le langage des problèmes n'est pas celui des solutions. Tout est mis en œuvre pour que le patient puisse se réapproprier son pouvoir sur sa vie.

RECHERCHER LES EXCEPTIONS ET LES COMPÉTENCES DU PATIENT

La TOS se base sur les compétences du client, qui devient l'expert de sa thérapie. Par l'emploi d'une rhétorique proche de la rhétorique hypnotique, le thérapeute va exploiter les exceptions de vie que le patient va devoir décrire, encouragé par un jeu de questions et un vocabulaire spécifique, le "Quand" remplace le "Si". Par exemple, un : « *Quand vous vous sentirez mieux...* » à la place d'un : « *Si vous vous sentez mieux...* », pré-suppose l'amélioration. Ces questions centrées sur les solutions partent de l'hypothèse que les histoires de vie des patients sont continuellement changeantes et que leurs problèmes sont des réa-

lités discontinues et contingentes. Les problèmes sont des réalités discontinues parce qu'ils ne sont pas toujours présents dans les vies des patients. Ils sont continus parce que problèmes et solutions sont directement liés aux activités concrètes des patients, y compris leurs utilisations du langage pour interpréter la réalité. Le jeu de langage centré sur les solutions est conçu pour persuader les patients que le changement est non seulement possible, mais qu'il est déjà en train de se produire. C'est, en d'autres termes, un procédé rhétorique destiné à amener les patients à trouver des solutions à leurs problèmes.

■ LES ÉTAPES

Dans un premier temps, le patient en demande d'aide a besoin que sa plainte soit entendue. Ensuite, de séance en séance, les exceptions vont émerger de son discours. Le thérapeute encourage l'investigation, demande des détails : « *Mais encore ?* », valorise les pistes choisies par son patient : « *Comment faites-vous pour que ça arrive ?* » « *En quoi est-ce différent de ce que vous aviez fait auparavant ?* ». Chaque élément de progression – par exemple : « *J'ai adressé la parole à mon voisin dans l'escalier* » –, va être encouragé et utilisé pour avancer encore vers la solution. Le thérapeute pourra prescrire une tâche ou un exercice – optionnel – en s'appuyant sur une expérience positive vécue à un moment où le patient allait mieux. Une conversation ultérieure avec le voisin agira alors comme un ancrage dans un contexte de solution et pourra être proposée comme exercice à un moment où la communication avec autrui semble plus compliquée. Il est

« **Empruntez un chemin que vous ne connaissez pas, pour aboutir en un lieu que vous ignorez, pourrait faire quelque chose dont vous êtes incapables.** »

**François Roustang,
L'éloge du risque
dans le soin psychia-
trique**

important d'insister à chaque fois un peu plus sur l'exception, afin de progresser sans violence et avec le plus de réussites possibles. Chaque compétence, même simple et élémentaire, est un axe de progression vers sa solution si elle vient du client. Être capable de se lever avant midi, de réussir à consommer de la nourriture plusieurs fois par jour... Il s'agira pour le thérapeute de chercher et d'utiliser tous les faits dans tous les domaines qui permettront au patient d'atteindre son objectif.

LA QUESTION DU MIRACLE

Pour aider à préciser un objectif concret, la technique de la question miracle est en TOS un outil fondamental. Cette question a été posée la première fois par Insoo Kim Berg au début des années 1980 et formulée par ainsi par S de Shazer en 1988 : « *Maintenant, je voudrais vous poser une question bizarre. Imaginez que, pendant que vous dormez la nuit prochaine et que toute la maison est calme, un miracle se produit produise. Le mi-*

racle consiste en ce que le problème qui vous a amené ici est résolu. Cependant, comme vous êtes endormi, vous ne savez pas que le miracle est arrivé. Alors, quand vous vous réveillez le lendemain matin, qu'est-ce qui sera différent qui vous dira que le miracle a eu lieu et que le problème qui vous a amené ici est résolu ? » (8)

À partir de cette question, l'imagination du client se met en marche vers l'image d'un futur débarrassé du problème. Cette question est une entrée en matière et le client peut avoir des difficultés à se projeter ainsi dans un miracle. Insoo Kim Berg invite à une approche douce et un peu théâtralisée qui maintient à la fois le côté exceptionnel du phénomène et la stimulation d'un avenir plus serein. La question miracle est un socle riche pour le thérapeute et stimulant pour le client qui, la plupart du temps, se prend au jeu et élabore ses réponses avec plaisir. Cependant, le travail de construction d'objectif peut être long et difficile et le thérapeute doit être capable de nuancer les questions et d'adapter la finalité à la pathologie du patient. La pratique de cette technique est subtile et demande un apprentissage et un entraînement assidu. La question miracle requiert du thérapeute des qualités de confiance et de patience. Toujours portés par la conviction d'un client compétent, Insoo Kim Berg et son équipe conseillent de ne pas précipiter les conclusions de la question miracle. Il peut arriver que le client ou la famille consultante quitte cette séance sans avoir établi d'objectif concret. C'est dans les jours qui suivent que va s'élaborer le rythme de chacun. « *En fait, il est préférable de terminer le dialogue de façon*

ouverte, afin que les clients aient la liberté d'explorer des possibilités supplémentaires. » (9)

LES ÉCHELLES

Chaque séance de TOS suit un protocole qui, nous l'avons vu, requiert une écoute précise et chaleureuse afin de guider le client, dans un premier temps, vers l'élaboration d'objectifs conformes à ses références propres, puis la création de solutions à partir des exceptions de vie. Afin de mesurer sa progression et son indice de confiance, le client est régulièrement invité à s'évaluer en utilisant les échelles. Le thérapeute lui propose de noter son état actuel par rapport à l'objectif dont il est question dans la séance ou qu'il a développé durant la semaine. Point par point, voire ½ point par ½ point, il prend conscience des petites réussites réalisées. L'échelle de mesure souligne implicitement que la progression est possible.

Le thérapeute va à nouveau questionner son patient à partir de ce score afin, par exemple, de renforcer la prise de conscience des progrès réalisés. L'échelle peut alors être utilisée à nouveau pour mesurer le degré de confiance développé par le client : « *D'accord, donc vous êtes à 7 ou 8 et je vous ai interrogé sur tout ce que vous faites pour rester à 7 ou 8... Maintenant, si je vous demandais, sur une échelle de 1 à 10 où 1 veut dire que vous n'avez aucune confiance et 10 une confiance totale, quelle confiance vous avez de rester à 7 ou 8, que diriez-vous ?* » (Peter De Jong lors d'un entretien avec une jeune mère de famille en souffrance) (10). L'échelle peut ainsi être utilisée pour mesurer la motivation, l'espoir, la solidité des progrès

jusqu'à l'estimation du nombre de séances à prévoir jusqu'à la fin de la thérapie : « À quel score serez-vous quand vous n'aurez plus besoin de venir me parler ? » (Peter De Jong lors d'un entretien avec une jeune mère de famille en souffrance) [11].

■ LE FEEDBACK

Chaque séance de TOS se termine par un *feedback* du thérapeute sur le travail effectué. Toujours sur le mode conversationnel, le thérapeute revient sur chaque différence de comportement développée par le patient. Il procède d'abord aux compliments. Ensuite, le thérapeute établit une phrase "pont" entre les éléments de la séance et les tâches qu'il va proposer à son client pour les jours à venir.

Enfin, les tâches, comme nous l'avons vu précédemment, peuvent être des exercices pour « *faire plus de la même chose qui fonctionne* », des observations d'un comportement addictif ou de colère, par exemple : « *Prêtez attention à ce*

qui est différent dans ces moments, spécialement à ce que vous faites pour surmonter l'envie... », suggérant ainsi au client qu'il est capable de surmonter l'envie.

CONCLUSION

« ***Gardez vos mains ouvertes et tout le sable du désert peut y passer. Fermez-les et vous ne pourrez en sentir qu'une infirme partie.*** »

Taisen Deshimaru

La TOS s'inscrit dans le droit fil du travail de Milton Erickson et de l'école de Palo Alto. Steve de Shazer met l'accent sur ce qui va déjà bien : les exceptions et les compétences. Si le thérapeute trouve des ressources chez le patient, ce dernier trouvera des ressources chez le thérapeute. On considère, en outre, que le patient est l'expert de sa thérapie, qu'il faut s'abstenir de vouloir changer ce qui ne gêne pas, que le thérapeute soutient

tout ce par quoi le système réussit à résoudre ses problèmes et qu'il est inutile de s'obstiner à vouloir avancer dans une direction qui ne mène pas au but recherché par le patient. Le but de la thérapie n'est pas d'installer de nouvelles compétences chez le patient, mais plutôt de faire émerger et renforcer celles qui existent déjà. Le patient est ainsi le spécialiste de sa thérapie et le thérapeute le spécialiste du processus thérapeutique. ■

✘ *L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.*

MOTS-CLÉS

Thérapie brève, Thérapie orientée solution, Exceptions, Changement, Question miracle

KEYWORDS

Brief therapy, Solution oriented therapy, Exceptions, Change, Miracle question

Alice, au chat du comté de Chester :

« *Voudriez-vous me dire s'il vous plaît, par où je dois m'en aller d'ici ?*

- *Cela dépend beaucoup de l'endroit où tu veux aller.*

- *Peu importe, l'endroit...*

- *En ce cas, peu importe la route que tu prendras.*

-... *Pourvu que j'arrive quelque part, ajoute Alice en guise d'explication.*

- *Oh, tu ne manqueras pas d'arriver quelque part si tu marches assez longtemps.* »

Lewis Carroll, *Alice au pays des merveilles*



Bibliographie

1. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002.

2. <http://rsw.sagepub.com/content/early/2013/01/22/1049731512470859>

3. Yves Dautrelogue, Olivier Cottencin. Thérapies brèves : principes et outils pratiques, 2ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008 : 1-2.

4. Yves Dautrelogue, Olivier Cottencin. Thérapies brèves : principes et outils pratiques, 2ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008 : 153.

5. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002.

6. Martine Nannini. Une approche centrée solution en thérapie. Nogent-le-Rotrou : ESF, 2014.

7. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002 : 203.

8. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002 : 108.

9. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002 : 128.

10. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002 : 197.

11. Peter De Jong, Insoo Kim Berg. De l'entretien à la solution. Molenbeek-Saint-Jean : SATAS, 2002 : 203.