

LE RÔLE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE EN P.N.L.

Ecrit par Monique ESSER

Paru dans le Métaphore N° 37 de Septembre 2001

Liminaire

La principale force de la P.N.L. tient sans doute au fait qu'elle a bâti un modèle thérapeutique essentiellement ancré dans la pragmatique de la communication et de l'action. Un des traits qui découle de ce choix est que ses concepteurs¹ se sont prioritairement souciés de la formalisation de *savoir-faire thérapeutiques* immédiatement observables et pertinents dans l'instant de l'échange et de l'intervention. Comme le souligne Frank Pierobon², ces savoir-faire relèvent avant-tout d'une tradition orale³ et n'impliquent pas de savoirs *divorcés du faire, du faire-explorer et du pouvoir-faire* sans lesquels la P.N.L. n'existerait pas.

En intention autant qu'en pratique, ces savoirs se caractérisent par le fait qu'ils permettent aux cliniciens de parler et d'agir *à partir du patient*⁴, en tenant compte "*pas à pas*" de la *manière* dont celui-ci élabore son modèle du monde et ses expériences. Au-delà de sa visée fondamentalement éthique, ce parti-pris s'est, comme on le sait, surtout attaché au *décodage syntactique* du travail thérapeutique, en privilégiant des formes (schèmes et processus) et leurs relations mutuelles. Dès lors, ce qui reste de la P.N.L. quand on quitte le territoire de *l'inter-relation vécue et de l'action*, est un modèle - ou comme aurait pu le dire Korzybski, une "méta-carte", faite de cartes particulières, conceptuelles et procédurales qui, comme toutes les cartes, sont peu porteuses de sens pour ceux qui n'en connaissent ni la visée, ni l'usage⁵.

Même si elle a permis à beaucoup d'approches thérapeutiques et communicationnelles de se développer en intégrant, de façon souvent couverte, certaines de ses parties, la P.N.L. reste, aujourd'hui encore, souvent incomprise. Cette situation - qui l'isole et l'appauvrit - est sûrement entretenue par le fait qu'elle suscite peu d'écrits qui traitent de sa *signification* et qui, par là, donnent à

¹ D'abord **Bandler et Grinder**, puis certains de leurs successeurs, issus de leurs groupes de recherche.

² **F. Pierobon**, La thérapie hors concept, in **M. Esser** (Ed.), *Aux racines de la P.N.L.* (à paraître).

³ Au sens que l'anthropologue **J. Goody** donne à ce terme, in *Entre l'oralité et l'écriture*, P.U.F., 1993.

⁴ in **F. Pierobon**, op. cit.

⁵ La plupart des livres de P.N.L. ne font que reproduire les modèles qui servent de guides à l'apprentissage et à la pratique, sans souligner l'importance de cette limite et sans rattacher la P.N.L. aux réactions historiquement datées qui ont présidé à sa naissance. Cfr. **M. Esser**, La Programmation Neuro-Linguistique, in **N. Duruz et M. Gennart**, *Traité de psychothérapie comparée* (à paraître).

penser à propos des territoires illimités qu'elle fait surgir ou transforme du côté de l'expérience subjective. À notre avis, rendre compte de la façon singulière dont la P.N.L. opère dans ce domaine est fondamental. Et s'y atteler implique une *démarche réflexive et compréhensive*, établie *du point de vue des acteurs* et qui tient pour essentiel le fait que la P.N.L. s'est construite et se manie en termes de *formes* et en s'appuyant sur un *étayage expérientiel* original, dont le propre est de nouer constamment *trois positions perceptuelles* : celle de l'écoute du vécu et de l'expérience de l'autre (psychologie en 2ème personne), celle de l'observation "objectivante" des processus et comportements (psychologie en 3ème personne) et celle de la "simulation" intérieure des fruits de ces deux points de vue (psychologie en 1ère personne).

Le rôle de psychothérapeute en P.N.L.⁶

Le présent exposé tente de préciser les dimensions du rôle du thérapeute en P.N.L. en articulant réflexion clinique et traits les plus singuliers de son approche, à savoir : intégration permanente des perspectives en 1ère, en 2ème et en 3ème personne, décryptage prioritairement syntactique et formalisation détaillée des comportements, des capacités et des techniques qui en tirent parti.

Les ouvrages de P.N.L. qui parlent du rôle du thérapeute sont relativement rares. Malgré cela - et même si ce fut transitoire -, Bandler et Grinder ont indiqué dans leur troisième livre (1976)⁷, que le client fait confiance au thérapeute quand il croit que celui-ci le comprend et peut l'aider à obtenir davantage de la vie, en créant pour lui des expériences qui lui permettent de modifier sa manière d'organiser et de se représenter son expérience. Dans les écrits ultérieurs, cette façon globale de parler fut progressivement remplacée par des descriptions plus stratégiques relevant les actes que les cliniciens sont invités à poser afin de mieux parler et mieux agir à partir du patient. Cette évolution - largement dictée par les besoins de l'enseignement - fut couchée sur papier pour la première fois par L. Cameron-Bandler (1978) et par R. Dilts (1978)⁸, puis reprise par les fondateurs en 1979⁹. Comme ce fut déjà dit dans notre liminaire, ce genre d'écrits est, par définition, analytique et schématique et passe sous silence le fait que le rôle du thérapeute en P.N.L. implique qu'il "pilote" le processus thérapeutique jusqu'à l'atteinte des objectifs du client.

Du fait qu'elle n'a jamais été thématifiée, cette vision du rôle se transmet tacitement, à l'occasion des exercices qui émaillent la formation, par le biais des noms que l'on donne à la personne qui, dans les mises en situation, occupe le rôle de clinicien. Que cette personne soit baptisée "programmeur", selon la terminologie techno-scientifique choisie par les fondateurs, ou "thérapeute", "pratiquant", "facilitateur" ou "guide" en fonction d'autres références, ce qui compte à nos yeux, c'est que tous ces noms accréditent le fait que, pour la P.N.L., la psychothérapie est une *institution symbolique puissante*, qui implique une relation *socialement prédéterminée* dont la fonction est de *structurer les rôles* de l'aidant et de l'aidé de façon *asymétrique et complémentaire*, en conférant la responsabilité et la guidance du processus au professionnel.

Pour spécifier ce que cela signifie concrètement, nous avons choisi d'établir un "inventaire" des fonctions que le thérapeute en P.N.L. est appelé à assurer au fil du temps, cet inventaire étant

⁶ Cette partie de l'article correspond à une reprise, légèrement revue et corrigée, d'un chapitre de notre contribution à l'ouvrage collectif édité par **N. Duruz et M. Gennart**, op. cit.

⁷ Structure of Magic, Vol II, (1976 : 13-14, passim), Palo Alto, Science and Behavior.

⁸ Respectivement in **L. Cameron-Bandler** (1978), *They Lived Happily Ever After*, Cupertino, Meta-Publications, et **R. Dilts** (1983), *Roots of NLP, Part III* (1978), *Applications of NLP to Therapy*, Cupertino, Meta-Publications.

⁹ in **R. Bandler, & J. Grinder** (1979/1982), *Les secrets de la communication*, Montréal, Ed. Le Jour. (Orig. : *Frogs Into Princes*, Moab, Real People Press, 1979).

cependant à lire comme un "cycle " qui se renouvelle, en tout ou en partie, chaque fois que le clinicien progresse sensiblement dans sa compréhension du patient et dans l'atteintes d'un des objectifs poursuivis.

1° Être le garant du cadre et du processus thérapeutique, en terme de temps et d'espace, mais aussi en termes de compétence et de responsabilité. En raison de la place centrale que la P.N.L. accorde à la flexibilité du praticien et à la coopération du client, cette prise en charge n'est pas ritualisée a priori au niveau temps et espace, l'important étant que la responsabilité du clinicien soit visible et assurée.

2° Construire le champ relationnel qui ancrera et soutiendra le travail et les échanges. Ceci suppose que le praticien entretienne un rapport fécond avec le sujet et maintienne un équilibre entre l'expression de ce dernier, la recherche d'informations et les interventions. En P.N.L., un tel équilibre s'obtient grâce à une *communication à niveaux multiples*¹⁰ et un *contrôle dynamique bien balancé*, entre "accompagnement" et "conduite"¹¹, exploration et structuration, mais également - selon les propositions de Bateson - entre tâche et relation et entre contenu et processus. De plus, il requiert du praticien une mise en conscience externe requise par l'approche en 2ème et en 3ème personne, une grande flexibilité et une capacité "d'entrer dans les chaussures" de l'autre, non seulement en termes d'empathie - comme le faisaient Satir ou Erickson -, mais également en termes de processus cognitifs et de comportements dont le praticien explore le sens par simulation en 1ère personne, en usant de "comme si", après avoir désappris à faire des projections et des "lectures de pensée".

3° Établir le cadre de pertinence. Sauf tout au début, où les choses doivent rester ouvertes à des fins exploratoires, le clinicien se soucie constamment de la pertinence des échanges et du travail, ce par quoi il stabilise les démarches et les expériences qui doivent être approfondies. Pour cela, il élucide la demande et les besoins du client¹² en l'aidant à expliciter ses problèmes (*État Présent*) et à se représenter les résultats qu'il recherche (*État Désiré*), en privilégiant le *versant subjectif* et les *possibilités d'action* qui semblent s'offrir au sujet. Ces cadrages - essentiels en P.N.L. du fait qu'ils donnent une base contractuelle au travail¹³ - se doublent souvent de "contrats de communication" de portée plus locale, qui permettent au praticien de discuter, de négocier et de préciser le sens de sa démarche.

A côté de ce travail explicite et contractuel, beaucoup de thérapeutes en P.N.L. poursuivent également des objectifs de développement d'ordre plus général. Ces objectifs - qui s'ajoutent en filigrane au travail strictement thérapeutique - renvoient implicitement à l'idéal humain qui sous-tend la P.N.L. Ce qui, pour faire simple, implique l'acquisition des processus par lesquels la P.N.L. développe l'ouverture et la flexibilité des individus, pour qu'ils disposent de plus de choix comportementaux et interprétatifs dans la vie. Bandler (1985: 24)¹⁴ est sans doute celui qui a le plus soutenu cette visée, en définissant la P.N.L. comme "une thérapie du choix", qui a mis au point "des moyens d'apprendre aux gens à mieux utiliser leurs cerveaux" en se basant sur "une façon particulière d'observer l'apprentissage humain".

¹⁰ Verbal et non verbal, conscient et inconscient, métaphorique et analytique, etc.

¹¹ Cet équilibre dynamique est essentiel pour tempérer le caractère activant de la P.N.L.

¹² La notion de "besoins du client" est rarement utilisée en P.N.L. À notre connaissance, c'est **David Gordon** qui l'a le plus mise en valeur, ce qui a permis à la P.N.L. de sortir de la sacralisation de la demande.

¹³ Même si ces deux États sont régulièrement actualisés en fonction de ce qui émerge au fil du temps, ou lorsque le praticien explore une hypothèse ou engage une étape nouvelle.

¹⁴ Un cerveau pour changer, Paris, InterEditions, 1990. (Orig. Using your Brain - For a Change, Moab, Real People Press, 1985).

4° Rechercher de l'information. Malgré l'importance qu'elle accorde à l'abord et à la compréhension phénoménologique de l'écoute du vécu du sujet¹⁵, la P.N.L. - nous venons de le voir -, réserve certains moments à des collectes systématiques de données destinées à élaborer ou à actualiser les États Présent et Désiré du patient. En dehors de ces moments, le clinicien n'a cependant cessé d'enregistrer tout ce qui lui permet d'affiner sa compréhension de l'autre, par observation, questionnement, reformulations et simulations intérieures des processus qu'il voit et entend. L'idée générale qui le guide en cette matière est que tout ce que dit ou fait le patient correspond à une "structure de surface", certes significative mais incomplète, qui renvoie à une "structure profonde" qui, une fois mise au jour, livre les clefs des problèmes et des ressources requises pour les dépasser. Un des apports les plus importants de Grinder et de Bandler est d'avoir saisi que cette structure est accessible rapidement et de manière ciblée, quand le sujet évoque et explicite son vécu en position de "parole incarnée"¹⁶, ce que le praticien favorise par des questions ouvertes et des gestes ciblés, qui sont non inductifs du fait qu'ils s'articulent aux *figures linguistiques* et aux "*clefs d'accès*" non verbales effectivement *présentes* dans l'expression du sujet¹⁷.

5° Analyser, interpréter et ordonner les informations récoltées afin de comprendre comment le patient élabore et transforme ses expériences. Ce qui, en pratique, requiert :
le *décryptage* syntactique des *mécanismes et des structures psychologiques types* qui sous-tendent les dires et l'agir du patient,
l'*interprétation* de ces données en termes de *ressources* et de *processus limitants*, selon l'usage que le sujet en fait,
leur *positionnement* dans la dynamique d'ensemble du sujet, en fonction des différences observables entre son État Présent et son État Désiré,
l'*exploration* des hypothèses et des solutions qui paraissent les plus fécondes.

6° Traduire l'analyse en diagnostic spécifique, fondé sur la sélection et l'articulation des fruits du travail précédent, de manière à préparer les décisions qui mèneront à l'action. Cette étape - rarement évoquée et pourtant essentielle pour ne pas confondre collecte de données et cartographie de problèmes - s'obtient par *abstraction à deux niveaux d'intelligibilité différents* : l'un *d'ordre analytique*, qui concerne des processus factuels théoriquement isolables¹⁸; l'autre, *d'ordre synthétique et analogique*, de portée plus clinique, qui spécifie la nature des problèmes en termes de *structures-types* ou de *configurations de sens* qui structurent les symptômes¹⁹.

De plus, cette étape requiert une *opérationnalisation en termes de solutions*, en fonction des "niveaux logiques" qui dominent, mais aussi en tenant compte de l'état de la relation, de l'ouverture du client à l'égard de lui-même - principalement au niveau de son ressenti - , de son écologie et de la confiance qu'il a dans ses ressources. Ce qui, comme on s'en doute, requiert expérience, sens clinique et investissement du clinicien. En pratique, cette étape commence souvent par un échange avec le patient à propos du diagnostic, et se poursuit par une discussion relative aux *stratégies thérapeutiques*²⁰ qui seraient à privilégier ou, en cas de manque, à inventer selon les besoins et principes fondamentaux de la P.N.L.

¹⁵ Pratique qui dépend entièrement de la réceptivité, de l'expérience et du sens clinique du praticien.

¹⁶ Selon l'heureuse expression de P. Vermersch (1994), L'entretien d'explicitation, Paris, ESF.

¹⁷ Ce qui remet en question certains principes limitants énoncés par les théories de l'interview et par les cognitivistes à propos des difficultés d'accès des experts à leurs processus mentaux.

¹⁸ Par exemple, les systèmes de représentation, les métaprogrammes, etc...

¹⁹ Par exemple, conflit intra-psychique, sentiment problématique répétitif liés au passé, stratégie inopérante, empreinte ou identification problématique, etc..

²⁰ Souvent appelées "techniques de changement" ou protocoles par les P.N.Listes.

7° Agir en P.N.L., c'est-à-dire poser une multitude d'actions qui visent, d'un côté, à favoriser l'engagement, l'ouverture et la compréhension du patient par rapport à lui-même et, de l'autre, à susciter et à mobiliser son inventivité, ses ressources et ses désirs pour qu'il dispose de nouvelles expériences de référence en accord avec son Etat Désiré. Les manières les plus originales dont la P.N.L. structure ces changements sont à rechercher dans ses stratégies thérapeutiques, qui, pour la plupart, se caractérisent par les trois traits suivants : elles s'enracinent dans *des métaphores* qui, sous formes symboliques, exploitent la "psychogéographie" corporelle et spatiale, de même que les représentations sensorielles du sujet ; elles assurent différentes formes de *médiation entre le sujet et ses ressources* ; elles veillent à *transférer les changements* au dehors et dans le futur (futur-pacing), pour qu'ils ne restent pas enfermés dans le contexte de la consultation.

8° Evaluer. Si, comme il se doit, l'action thérapeutique s'inscrit dans une boucle de rétroactions continues, les actions de chacun doivent être évaluées régulièrement, par le praticien et, à certains moments, par le client. Et cela en distinguant : *le vécu et les changements comportementalement observables chez le sujet*, tantôt à propos de l'ici et maintenant de la consultation, tantôt à propos de ce qui se passe pour lui à l'extérieur, et cela en se fondant uniquement sur la comparaison du patient avec lui-même à travers le temps. Les *actes du praticien* sont eux aussi à juger à tout instant, à la fois, du point de vue de leur pertinence, de leur efficacité et de leur élégance au regard des objectifs, du modèle du monde et de l'écologie du client. En P.N.L. les critères utilisés en cette matière sont très explicites et communiqués dès le début de la formation, en vue de favoriser *le développement d'une conscience auto-évaluante* chez le praticien.

Cet objectif est très important en P.N.L. puisque les formations de base²¹ doivent veiller à ce que, dans tous les exercices, le praticien reçoive un feedback précis sur son travail. Dans les faits, cet objectif est toutefois rarement atteint, non seulement au niveau de la prise de conscience des mouvements affectifs qui naissent de ce que les psychanalystes appellent le "contre-transfert", mais aussi au niveau des processus cognitifs et comportementaux, des valeurs et des présupposés que le thérapeute mobilise quand il travaille²². Quoique ce problème ait été plus d'une fois relevé par les fondateurs de la P.N.L., ne serait-ce que pour souligner la relativité des diverses versions de la réalité que l'on trouve en psychothérapie²³, sa persistance pourrait bien s'expliquer par le fait que les modélisations fondatrices de la P.N.L. ont fait croire que l'"expertise" des grands thérapeutes qui l'ont inspirée pouvait s'apprendre par des règles, alors que, comme les souligne les frères Dreyfus²⁴, ceci n'est vrai que quand il est question de compétences, l'expertise véritable, dans quelque domaine que ce soit, dépendant par ailleurs de la pratique du métier, de la souplesse, de l'éveil et d'un engagement personnel intense de la part de l'expert.

C'est sans doute à ces niveaux que les supervisions et les compléments de formation prévus pour devenir psychothérapeute trouvent leur véritable raison d'être.

²¹ Praticien et Maître-Praticien.

²² La prise en compte de toutes ces sources d'influence pourrait utilement élargir la notion de contre-transfert.

²³ **R. Bandler & J. Grinder** (1975), *Structure of Magic*, Vol. I, Palo Alto, Science and Behavior ; **R. Bandler & J. Grinder** (1979/1982), *Les secrets de la communication*, Montréal, Ed. Le Jour. (Orig. : *Frogs Into Princes*, Moab, Real People Press, 1979) ; **J. DeLozier & J. Grinder** (1987), *Turtles All the Way Down*, Grinder, DeLozier associates.

²⁴ Rapportée par **J. De Munck** (1999), *L'institution sociale de l'esprit*, Paris, P.U.F., pp. 59-63.