



POUDAT F.-X.

**RÉSUMÉ :** L'utilisation de la thérapie solutionniste associée aux thérapies comportementales a permis d'améliorer la prise en charge des troubles sexuels. Le questionnement solutionniste intégré dans l'analyse fonctionnelle d'une dysfonction sexuelle ou conjugale étudie de manière précise tant le problème pour lequel le patient vient consulter que les solutions que celui-ci a déjà trouvées dans le déroulement et la mise en place de son problème. Nous analysons ainsi les solutions déjà essayées par le patient qui accentuent le problème, solutions tentées dans le passé quand le problème était absent, les solutions recherchées pour résoudre les problèmes, enfin les solutions imaginées après la disparition du problème. Pour les thérapeutes solutionnistes, il n'est pas utile d'agir sous tous les facteurs de la plainte mais de choisir avec le client le facteur spécifique sur lequel l'outil thérapeutique sera efficace. C'est en cela que le questionnement est essentiel dans la définition de l'objectif et dans la résolution du problème. Il y a alors une véritable potentialisation de l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale associée à ce type de questionnement.

**MOTS-CLÉS :**

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie solutionniste
- L'alliance thérapeutique
- Sexothérapie

## Le trouble sexuel en thérapie solutionniste

**François-Xavier Poudat :** Médecin psychiatre, consultant de sexologie et de thérapie comportementale au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et directeur d'enseignement du Diplôme Inter-Universitaire de sexologie du Grand Ouest, est spécialisé depuis de nombreuses années dans la pratique des techniques cognitives et comportementales pour la prise en charge des troubles sexuels et des dysharmonies conjugales. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages dans ce domaine dont le dernier dans la collection "Guide pour s'aider soi-même" : "Bien vivre sa sexualité". F.-X. Poudat travaille actuellement sur les addictions sexuelles et les dépendances conjugales.

*F.-X. Poudat*  
3, rue Marceau, 44000 Nantes.

Nous allons nous intéresser à la thérapie solutionniste, une orientation thérapeutique dont certains aspects sont proches des thérapies comportementales malgré une épidémiologie différente. Plutôt que le thérapeute se centre sur le trouble sexuel et sur les capacités du patient à répéter les mêmes conséquences, les mêmes ruminations, les mêmes échecs et les mêmes fuites (causalité circulaire négative) ; le thérapeute, dans le cadre solutionniste, va surtout s'intéresser aux compétences, aux ressources, aux valeurs, aux potentiels du patient, c'est-à-dire ce qu'il a déjà réussi à faire lui-même ou son entourage ou résoudre le problème et modifier certains paramètres qui le composent (les mots agréables, les gestes rassurants, le contexte positif, etc.).

Ainsi, nous nous intéressons moins à la recherche explicative et au pourquoi d'un problème (la causalité linéaire), qu'à l'étude des solutions efficaces ou inefficaces passées, présentes et futures (la causalité circulaire) que le patient a déjà expérimentées la plupart du temps sans le savoir ("prétérisation" : relire les expériences passées), ou imaginé qu'il pourrait expérimenter ("futurisation" : projeter dans les expé-

riences futures). D'autre part, si le thérapeute s'intéresse à l'hypothèse exposée par les patients pour comprendre son trouble, ce n'est pas dans le but d'une recherche purement théorique sur son trouble mais pour que le patient lui-même prenne conscience de son système de répétition de l'échec. La compétence des mécanismes mis en place par le patient, de boucles négatives amenant à l'échec est une étape essentielle de la thérapie.

W.H. O'Hanlon (1995) rappelle les critères spécifiques qui caractérisent les thérapies brèves, notamment les thérapies orientées sur les solutions :

- les clients ont des ressources et des points forts pour résoudre les problèmes (s'ils ont des capacités à faire pire, ils ont des capacités à faire "moins pire", voire mieux) ;
- le changement est permanent (le couple est une dynamique) ;
- le rôle du thérapeute est de repérer et d'amplifier le changement ;
- en général, il n'est pas indispensable d'en savoir beaucoup sur le problème pour le résoudre ;
- un petit changement est nécessaire dans un système pour faire changer le système ;
- les clients définissent les objectifs ;
- il est possible d'obtenir des changements rapides ;

- il n'y a pas de façon "juste" de voir les choses, différents points de vue peuvent être tout aussi valables et s'adapter aussi bien aux faits ;

- l'intérêt est centré sur ce qui est réalisable et ce qui peut être changé plutôt que sur ce qui est inaccessible et qui ne peut pas être changé. Rappelons que les thérapies comportementales se rapprochent des thérapies orientées sur les solutions sur plusieurs points :

- la nécessité de définir le problème dans toutes ses composantes cognitivo-comportementales (la plainte) ;

- la prise en compte des systèmes de maintien et d'aggravation du problème (faire pire) ;

- l'histoire et la causalité n'ont que peu d'intérêt dans un premier temps (une différence : la recherche des schémas de croyance en thérapie cognitive dans les protocoles de prévention de rechute) ;

- l'attente d'efficacité et de résultat fait partie de la thérapie (être client plutôt que patient) ;

- le patient doit avec le thérapeute définir des objectifs de travail et faire des bilans réguliers de l'efficacité ;

- les techniques d'exposition sous relaxation et in vivo sont des techniques de changement (thérapies orientées sur les solutions) ;

- le renforcement positif de la part du thérapeute doit être effectué à chaque étape (valorisation, ressource) ;

- l'évaluation chiffrée de chaque étape est nécessaire en utilisant les tests et grilles d'auto-enregistrement ;

- le nombre de séances est limité, le début de changement est parfois suffisant pour arrêter une thérapie, le thérapeute n'a pas toujours besoin de poursuivre la thérapie jusqu'à la guérison complète et définitive.

Nous allons revenir sur certains points intéressants en thérapie cognitivo-comportementale.

Ainsi, nous détaillerons après avoir parlé de l'alliance et de la demande, du questionnement sur le problème, du questionnement sur les solutions, et de la définition d'objectifs et d'attentes avec, en corollaire, la

notion de changement et de guérison.

## Préambule

### ■ L'alliance

La relation avec le patient est une relation personnalisée, elle demande du thérapeute de l'empathie, de l'affection. Elle demande aussi du thérapeute qu'il soit inventif, humoriste, respectueux, en position basse (et surtout pas en thérapeute tout puissant, magique, capable de tout traiter, tout faire comme un instrumentiste technicien du sexe).

Nous savons bien que toute thérapie demande un lien privilégié, une alliance entre le patient et le thérapeute. L'observance dans l'utilisation des outils, des techniques, des tâches à domicile ne pourra réellement être efficace que si le thérapeute croit dans le message qu'il va adresser au patient et que si le patient croit dans le rôle qu'il doit jouer pour atteindre l'objectif qu'il s'est fixé.

Parallèlement, il est essentiel que le patient comme le thérapeute croient tous les deux dans leur collaboration, l'un ne peut rien sans l'autre. Pour le patient, devenir client est nécessaire pour que la thérapie soit efficace. Nous savons depuis les études qui ont été faites concernant l'efficacité des psychothérapies que le patient a tendance à patienter passivement et à attendre une solution miracle du thérapeute ; le patient a tendance à être "fumiste", le problème c'est l'autre, il attend des solutions de l'autre et de l'environnement, tandis que le client, lui, travaille activement à la recherche de ces solutions en collaboration avec le thérapeute. Le thérapeute est expert dans la théorie, le patient est expert dans le symptôme.

Ce contexte ne va pas toujours se construire d'emblée, les entretiens préliminaires serviront de base au moulage de la relation thérapeutique et celle-ci pourra toujours être remise en question en fonction du cheminement du système et du duo client/thérapeute. Plutôt que de se poser la question : "Quelle thérapie pour le patient ?" il me paraît plus utile de réfléchir à la question de quel

thérapeute pour quel patient.

L'étude du mode de lecture du symptôme présenté est un point essentiel pour entrer en contact avec lui (le symptôme et le patient) et pour mettre en place au départ le premier outil thérapeutique efficace : thérapie comportementale pour ceux qui expriment leurs symptômes avec des comportements, thérapie cognitive pour ceux qui "pensent" leurs symptômes et thérapie corporelle pour ceux qui vivent dans leurs corps leurs symptômes. Le premier outil thérapeutique choisit par la dyade thérapeute/patient sera toujours fonction du mode d'expression du symptôme, ceci permettant de renforcer le lien.

Parallèlement à cela, le thérapeute doit aussi connaître ses limites, ses capacités, ses ressources et ses fragilités, ses compétences et ses manques. Il y aura ainsi moins d'attentes déçues et peut-être moins d'échecs. Il est ainsi essentiel que le thérapeute en fin de première séance puisse dire au patient ou au client "si ma manière de travailler ou si je ne vous conviens pas, n'hésitez pas à changer de thérapeute et, réciproquement, si vous ne me convenez pas, je me permettrais de vous le dire". Il est inutile de garder en thérapie des patients avec qui "le courant ne passe pas", avec qui l'alliance n'est pas possible et vice-versa. Ce n'est ni la faute de l'un, ni la faute de l'autre mais simplement de notre réalité humaine.

N'oublions pas que nous parlons de sexualité, sujet faisant écho en nous-même. Parler à quelqu'un de sa sexualité, ce n'est pas projeter notre sexualité comme norme thérapeutique car nous assisterions alors au remplacement des croyances du client par les croyances du thérapeute. Si le thérapeute accueille un client avec à l'esprit cette capacité d'ouverture et d'humilité, de compétence et de respect, toutes les informations pourront alors s'exprimer de vive voix sans risque de "faire mal". Le patient se sentira également partie prenante dans la nécessaire création du lien thérapeutique et pourra peut-être passer du rôle de patient au rôle de client.

Enfin, le thérapeute doit aider les patients à ouvrir leurs champs de possibilité, choisir de choisir entre "être pareil avec son symptôme, ou être différent (faire moins pire), prendre le risque du "nouveau" à construire plutôt que de "l'ancien" à répéter, libres de décider telle ou telle réaction comportementale, cognitive, émotionnelle sur le plan de leur sexualité."

### ■ Changer plutôt que guérir : recherche d'un objectif

La demande du patient est à entendre comme l'expression de sa souffrance. Le patient va l'exprimer avec ses mots et avec son corps. Il va aborder autant ce qui le fait souffrir que ce qu'il imagine que serait pour lui le seul objectif possible : la guérison, la suppression du trouble. "Je souffre de mon problème d'érection" vers "j'aimerais ne plus avoir de difficultés sexuelles", vers "je voudrais quelles que soient les circonstances être toujours opérationnel."

Il y a donc souvent une confusion entre la plainte du patient et son corollaire, la demande de suppression de cette plainte, la guérison que le patient imagine comme idéale. Cette guérison serait pour lui, en plus de la suppression du problème, le retour à une vie sexuelle passée idéalisée, ou la mise en place pour le futur d'une vie sexuelle également idéalisée. Cette guérison n'a parfois plus du tout de rapport avec la réalité actuelle du patient et/ou du couple. Je pense qu'il sera plus facile pour le patient de laisser tomber le symptôme si le thérapeute l'aide à entrevoir d'autres éventualités, d'autres choix moins douloureux, plus ouverts, hors caricatures, cognitives, comportementales, lesquelles sont centrées sur l'efficacité sexuelle. Il est évident que l'objectif que le patient se donne est fait de nouveaux avantages et d'inconvénients, fait de changements qui vont "changer" la vie du patient ; de nouvelles attitudes et comportements vont apparaître, remettant en question de vieux réflexes.

Steve de Shazer (1999) note diverses composantes de plaintes exprimées

par le patient. Il est possible d'en envisager certaines comme points d'impact en thérapie sexuelle. La plainte est composée de différentes parties servant de renforçateur au problème. Il existe ainsi des facteurs "préférés" que le client utilise pour renforcer, maintenir ou annuler l'existence d'un trouble. Ces différents facteurs sont, par exemple : la fréquence, la signification attribuée, les proches qui sont impliqués, l'endroit où cela se passe, la faute à qui ou à quoi, le contexte, des attentes irréalistes, la prédiction d'un avenir sombre, le passé, les états physiologiques, l'interprétation plus ou moins volontaire ou involontaire. À chacune de ces parties composant la plainte, des interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales peuvent être utilisées.

Le problème, l'individu et le couple étant des dynamiques en perpétuel mouvement, en façonnage et remodelage permanent, le thérapeute devra clarifier avec le client ce que celui-ci met dans sa plainte, ce qu'il entend de la plainte de l'autre (il est essentiel à ce sujet de demander à chaque conjoint du client et au client lui-même de reformuler la demande de l'autre "qu'avez-vous compris du problème de votre conjoint ?"). Le thérapeute devra également savoir du client ce qu'il met derrière le terme guérison et ce que le conjoint du client met également derrière ce même terme. Vous remarquerez d'ailleurs que les objectifs sont souvent différents. Il faut donc à tout moment que le thérapeute ait en tête que le symptôme sexuel représente des inconvénients qui ne sont pas les mêmes pour le conjoint et qui sont parfois des avantages pour celui-ci. Steve de Shazer (1999) donne quelques exemples de postulats nécessaires sous-tendant les formulations de la plainte :

- parmi les plaintes des clients, il y a des comportements induits par l'image qu'ils se font du monde (les croyances) ;

- si les plaintes des clients se répètent, c'est qu'ils ont l'idée que, par rapport à leur problème, la répétition est la seule chose possible à faire. Ils font donc toujours plus de la

même chose ;

- des changements minimes sont nécessaires pour mettre en route le processus de résolution des problèmes ;

- l'idée de ce que le client peut changer se construira à partir de l'idée qu'il se fait de la réalité si le problème n'existait plus.

On peut suggérer de nouvelles façons de voir ou une différence même minime permet de regarder le problème autrement, donnant ainsi au client une lecture différente de son problème donc des solutions. Le changement d'un élément dans le système composé par le problème, le client et l'environnement, peut affecter d'autres éléments de ce système.

Pour les thérapeutes solutionnistes, il n'est pas utile d'agir sur tous les facteurs de la plainte, mais de choisir avec le client un facteur spécifique sur lequel le thérapeute agira (il faut bien le choisir), qui, par ricochet et généralisation, modifiera les autres.

La clarification de la notion de guérison (qui n'est peut-être plus le retour au passé ni uniquement la suppression du problème, ni tout à fait la perfection sexuelle) passe par la clarification de la notion de changement. Le changement est un processus dynamique, une modification constructive depuis la plainte du patient jusqu'à un objectif qui n'est aucunement une fin en soi mais une étape évolutive jamais finie dans l'épanouissement de la sexualité. *A contrario*, la guérison définirait une fin en soi, un aboutissement statique parfait qui ne ferait qu'amener le patient à croire à une sexualité sans panne, idéale, sans faille ; ce qui n'est pas la définition même de la sexualité normale (il est important de rappeler qu'une sexualité normale est une sexualité avec des pannes).

Grâce à une meilleure définition de la plainte de départ et des objectifs que le thérapeute et le patient pourront définir ensemble, nous arriverons à une démarche thérapeutique progressive qui permettra une meilleure résolution du problème. En cela, l'analyse fonctionnelle est essentielle puisqu'elle doit per-



mettre, après les premiers entretiens, de mieux définir à partir de la plainte du patient, la réelle difficulté, le véritable comportement problématique, lui-même permettant de mieux centrer la démarche thérapeutique vers l'objectif défini. Cet objectif, dont nous reparlerons plus loin, ne sera défini qu'après un questionnement spécifique qui est nécessaire à l'élaboration de la thérapie. Ce questionnement intègre une clarification de la définition du problème et une clarification des solutions possibles (avantages et inconvénients).

Le passage entre le problème et les solutions s'effectuera par le biais du processus de changements "en boule de neige" ou en "battement d'ailes de papillon". Ce processus de changement passe par une étape indispensable : l'acceptation de la fonction positive du symptôme. Faire en sorte que le patient apprenne à comprendre comment fonctionne son symptôme, comment il se répète, comment il disparaît, comment il revient. C'est comme si nous demandions au patient de faire du "copinage" avec son symptôme sexuel. Ce n'est pas s'aliéner à son symptôme, c'est l'étudier, le voir fonctionner, dont le regarder en prenant de la distance pour mieux le résoudre.

En résumé :

- il y a des avantages et des inconvénients dans une plainte, un symptôme ;
- il y a de nouveaux avantages et de nouveaux inconvénients à une "guérison" ;
- l'objectif du traitement n'est pas toujours la suppression du symptôme ;
- passer du symptôme à l'objectif nécessite des étapes de changement précises dépendant du patient et de l'expression du symptôme ;
- un symptôme s'exprime de multiples manières avec différentes facettes (émotionnelles, cognitives, comportementales, environnementales, corporelles) ;
- les outils de traitement seront basés sur les différentes facettes de la plainte et seront uniques pour un patient à un moment donné.

### ■ Questionnement sur le problème

Nous allons essayer de résumer les principales questions que vous pourriez poser afin de préciser la demande et la plainte sexuelle :

- Quel est le problème pour lequel je pourrais vous aider ?

Cette première question permet de noter les mots utilisés par le patient pour parler de son problème et la plainte nommée par le patient, ces mots seront réutilisés pour notre interrogatoire. Ce qui est nommé comme problème comprend aussi, comme nous le soulignons plus haut, ce qui est nommé comme projet de guérison.

- En quoi est-ce un problème pour vous ? En quoi est-ce un problème pour votre conjoint ?

Cela amène à parler du problème dans son rapport à la norme, au conjoint, aux anticipations... Il est important de ne pas hésiter à faire préciser au patient si le problème est un problème pour le porteur du trouble ou pour son conjoint. La réponse à cette deuxième question est nécessaire pour passer à la question suivante.

- Seriez-vous venu en consultation si le problème n'avait pas été un problème pour votre conjoint ? ("Je viens parce que mon mari trouve qu'il n'y a pas assez de rapports sexuels").

Ceci permet de savoir si le patient vient pour lui-même ou pour l'autre, si le problème est porté par lui-même ou porté par l'autre. Cela permet également au thérapeute de savoir si le problème est réellement celui qui est indiqué en début d'analyse, par exemple, "j'ai un problème d'impuissance et je viens pour moi-même, je me trouve anormal" ou est-ce que le problème est la réaction négative de la conjointe vis-à-vis de la panne sexuelle : "je viens car ma partenaire ne supporte pas de ne pas avoir de plaisir à cause de mon impuissance". Nous en arrivons donc à une autre question.

- "Qui a le problème ?", "pour qui est-ce un problème ?", "qui est le client ?", "qui est le patient ?", cela nous fait préciser les termes de la première question, "quel est le pro-

blème ?", "qui se plaint de quelque chose ?", "qui veut avoir un changement ?".

En résumé, le problème n'est peut-être pas dans l'exemple cité plus haut "l'impuissance" chez un patient qui ne fait aucune demande, mais la réaction négative de la partenaire qui vient en consultation "nommer" le problème chez son conjoint. Pour certains auteurs, les personnes à prendre en considération au cours de la thérapie sont celles qui sont porteuses de la plainte. En fait, dans un couple nous pouvons avoir toutes les combinaisons : 2 clients, 2 patients, 1 client et un patient...

- Qu'est-ce qui fait que vous avez décidé de venir aujourd'hui ?

Quels sont les événements, les contingences internes (personnelles) ou externes (environnementales) qui ont fait que le problème est devenu une plainte ici et maintenant nécessitant une démarche vers un thérapeute. Des couples maintiennent le problème sexuel pendant des années, puis, à un moment donné, le problème devient patent. Les plaintes s'imbriquent par exemple pour l'éjaculation précoce : "Je ne la satisfais pas, elle est frustrée, je n'ose plus m'approcher d'elle". C'est sur ces points qu'il faudra revenir pour une objectivité réelle. Qui ou qu'est-ce qui va bousculer le système, qui va refuser de "jouer" au rôle de patient pour devenir client ? Le corollaire à cette question : depuis quand le problème existe-t-il ?

- À quoi votre partenaire d'après vous s'est rendu compte qu'il y avait un problème et comment votre partenaire vous l'a exprimé ?

• Comment le client imagine que son/sa partenaire a perçu ses réactions négatives face à ce problème ? Comparez le discours du patient sur son trouble avec celui du – ou de la – partenaire.

- Qu'avez-vous fait lorsque vous vous êtes rendu compte que ce problème était là ?

• Le thérapeute doit rechercher les attitudes, comportement, réaction émotionnelle, système cognitif mis en place créant la "boucle renforçatrice", les solutions répétitives face

aux symptômes : spirale de l'échec, causalité circulaire, facteurs de renforcement. "J'ai voulu réessayer", "Je n'osais plus aller dans ma chambre", "J'ai pris de l'alcool".

• Pour vous, quelles seraient les hypothèses et les explications que vous feriez concernant l'apparition de ce problème ?

Les hypothèses fonctionnent chez le client et chez le thérapeute comme des règles qui nous permettent de nous représenter le problème. Elles vont nous amener vers les croyances modélisant leur sexualité conditionnée.

Si les clients répondent par "Je ne sais pas", acceptez cette première réponse, renforcez la par "C'est vrai ce n'est pas toujours facile de s'exprimer sur ce sujet, c'est bien quand même d'avoir essayé...". Laissez un certain silence, attendez, si aucune réponse ne vient, dites alors : "Imaginez que vous ayez compris le pourquoi de vos difficultés sexuelles, quelles seront pour vous toutes les éventualités possibles, des plus stupides aux plus réalistes, qui pourraient expliquer ce problème..." ou "Quand vous n'aurez plus ce problème, quelles sont les explications que vous donnerez des troubles que vous avez eus, donnez toutes les éventualités possibles...".

### ■ Comment s'exprime le problème chez le client ?

Le thérapeute peut rechercher le registre de lecture et d'expression utilisé par le client, pour expliquer son problème. Cela peut être un registre corporel (émotionnel : stress, tension, panique, inhibition, agressivité). Cela peut être un registre cognitif (ruminant mentale, scénario catastrophe, pensées parasites) ; enfin, cela peut être un registre comportemental (répétitions des échecs ou évitement de la confrontation sexuelle). Cette étude du registre personnalisé de l'expression du trouble du patient est intéressante puisque le thérapeute utilisera au cours des entretiens ce registre de prédilection, d'expression comportementale, cognitive ou émotionnelle pour faciliter le lien et

le travail psychothérapeutique. Le thérapeute y mettra simplement un certain décalage pour créer une différence qui crée le changement.

Exemple :

- Client : "Je ne suis pas un homme, je suis nul, incapable."

- Thérapeute : "Si je comprends bien, vous voulez dire que vous avez un problème sexuel qui agresse au point de tout remettre en question (le thérapeute souligne la différence entre avoir un problème et être un problème)."

### ■ Observez votre problème pour la prochaine consultation

Regardez comment vous fonctionnez vis-à-vis de votre problème. Essayez de noter les différentes pensées que vous avez avant, pendant et après vos nouvelles tentatives. Essayez de remarquer l'état émotionnel dans lequel vous êtes avant, pendant et après. Enfin, essayez de repérer les réactions comportementales que vous mettez en place lorsque vous faites face à votre problème. Le client pourra remarquer à ce moment-là que son système mis en place permet la répétition du problème. Parallèlement, repérez comment réagit votre conjoint.

## Questionnement sur les solutions

Nous allons retrouver ici la notion de changement au travers de ce questionnement sur les solutions. "Le discours solutionniste, nous dit L. Isebaert et M.-C. Cabie (1997), est une technique de conservation thérapeutique qui recherche les solutions cachées dans les problèmes pour les faire émerger et croître jusqu'à envahir l'espace de l'attention. Les problèmes qui ne sont plus alimentés par l'intérêt qu'on leur porte perdent leur substance et sont dissous de l'intérieur : plus que la résolution des problèmes, le résultat que nous recherchons est leur dissolution."

Dans ce deuxième registre de questionnements, nous nous intéresseront aux changements déjà présents

dans le quotidien du client, ce qu'il a déjà fait pour s'en sortir face à son problème, seul sans aide extérieure. Ces changements déjà perçus spontanément par le client s'appellent les exceptions.

Ces exceptions sont des solutions partielles passées ou présentes au cours desquelles le problème n'a pas existé ou n'existe pas, (par exemple, lorsque le rapport sexuel était satisfaisant), ou le problème s'est présenté ou se présente différemment (par exemple, différent en intensité, en fréquence, différent dans le contexte, dans les réactions du patient ou du conjoint, différent dans la réaction émotionnelle, cognitive ou comportementale).

Nous nous intéressons également aux exceptions telles que le client peut les projeter dans l'avenir, au cours desquelles il est possible de voir avec le client ce qu'il pourrait imaginer d'une sexualité sans panne ou le trouble pourrait être amélioré, transformé.

Nous pourrions alors mieux percevoir quel a été le rôle du client dans ce changement. Qu'a-t-il fait de différent qui a permis d'imaginer ce succès. Ce travail permet l'ouverture du champ des possibilités, des alternatives autres que l'échec systématique.

Nous savons depuis longtemps que les processus de répétition, des réactions face à un symptôme, les renforcements qui le maintiennent, le système pathologique qui crée une forme de chronicité, mis en place par le patient, est une véritable réaction en chaîne, phénomène de boule de neige. Le client n'a alors spontanément que deux solutions, soit l'obsessionnalisation (je vérifie mon trouble en le répétant), soit l'évitement (la non-confrontation). Dans les deux cas, le résultat est le maintien de la répétition du symptôme. Le simple fait de permettre un changement dans ce système de répétition, en aidant le client à modifier un des paramètres de cette réaction en chaîne, est la base même de la thérapie. Il sera nécessaire de définir des objectifs progressifs, répétés, dont le seul but est de provoquer un changement aidant le patient à

prendre conscience de sa capacité personnelle à faire autrement que ce qu'il a l'habitude de faire.

“Quand je fais, dis, pense ou quand je ressens telle chose, il se passe plutôt telle réaction sexuelle, telle réaction chez mon conjoint. Si je modifie tel paramètre émotionnel, telle pensée irrationnelle, tel comportement, je me rends compte que le problème apparaît moins souvent différemment”. Le rôle actif du patient est ainsi démontré dans sa propre prise en charge thérapeutique, il devient ainsi un peu plus client.

Afin de faciliter la prise de conscience de la répétition par la recherche des exceptions et des moindres petits changements qui amènent à une réponse sexuelle autre que le problème sexuel systématiquement répété, voici quelques questions intéressantes à poser :

#### ■ Étude des exceptions

- Quand est-ce que le problème ne survient pas ?

Avez-vous remarqué des circonstances, des occasions qui n'amènent pas l'apparition du problème.

- Dans ces conditions qu'avez-vous fait pur que le problème ne survienne pas ? Quel a été votre rôle dans la non-survenue de ce problème ?

- Comment réagissait votre conjoint quand le problème n'était pas là ?

- Qu'est-ce qui est différent dans ces moments-là ? (contexte, relation, état émotionnel, propos, attitudes...).

- De quelle manière votre journée est-elle différente quand l'exception se produit ?

- Avez-vous déjà eu cette difficulté dans le passé ? Comment l'aviez-vous résolue à ce moment-là ?

#### ■ Études de changement

Imaginez quelques instants que le problème pour lequel vous êtes venu, n'existe plus (il n'y a plus de problème sexuel). Quelles sont les modifications que vous imaginez se produire, quels sont les facteurs qui auraient permis au problème de ne

plus être présent ? (Il est très intéressant de poser cette même question au conjoint séparément du client afin de voir s'il y a concordance entre ce que le client imagine de la réponse du conjoint et celle du conjoint).

- À quoi allez-vous vous rendre compte que vous avez résolu le problème ?

- À quoi allez-vous vous rendre compte que le changement a débuté ?

- Qui va s'apercevoir en premier que le changement a débuté, vous-même, votre conjoint ?

- Comment allez-vous lui en faire part ?

- Comment les autres, votre entourage, notamment votre conjoint, vont s'apercevoir que le changement commence ? Qu'est-ce qui vous fait dire qu'elle ou qu'il l'a remarqué, qu'a-t-elle dit ou qu'a-t-il dit ?

- Comment allez-vous faire pour mettre en place ce premier changement ?

- Que pourriez-vous faire de différent et peu importe à quel point la différence peut être étonnante pour vous-même et votre conjoint ? Qu'amènerait éventuellement un changement dans le problème ? En quoi est-ce différent de ce que vous faisiez lorsque le problème sexuel n'était pas là ?

- Qu'est-ce que cela changera dans votre vie quand il n'y aura plus de problème ?

- Qu'auriez-vous besoin de faire pour que cela se produise de nouveau ? (Que faire et comment faire d'après vous pour répéter ce qui marche bien sexuellement).

W.H. O'Hanlon (1995) explique que l'élaboration des questions est tout à fait essentielle dans la recherche des solutions.

- Nous manifestons notre confiance dans le fait que les objectifs seront atteints en utilisant dans nos questions des mots qui expriment la certitude et non des termes qui expliquent une éventualité : par exemple, “Qu'est-ce qui sera différent dans votre vie quand vous vous entendrez mieux ?” plutôt que : “Qu'est-ce qui serait ou pourrait être différent dans votre vie quand vous

aurez telle ou telle attitude ?”. “Qui va être le premier à le remarquer ?” au lieu de “Si vous arrêtiez telle attitude, qui pourrait s'en apercevoir en premier ?”. “Quand le problème aura disparu, que fera votre couple ?”. Nous voyons bien que l'auteur utilise plutôt le “quand” que le “si”, plutôt la certitude qu'un changement à venir, plutôt que l'éventualité d'un changement potentiel.

Nous pouvons reprendre ce questionnement solutionniste à travers la fameuse question miracle de Steve de Shazer (1999) : Imaginez qu'une nuit, alors que vous êtes endormi, il se produit un miracle que ce problème se trouve résolu, comment le sauriez-vous, qu'est-ce qui sera différent le lendemain matin :

- Qu'est-ce qui est différent dans ce moment-là... ?

- Comment avez-vous fait pour que cela se produise ?

- Qui d'autre a remarqué que... ?

- Qu'est-ce qui vous fait dire qu'il ou qu'elle l'a remarqué ? Qu'a-t-il ou qu'a-t-elle dit ou fait ?

- Comment avez-vous mis en place ce comportement ?

- En quoi est-ce différent de la manière dont vous auriez pu faire face à cela il y a six mois par exemple ?

Certains thérapeutes préconisent après la question miracle de ne plus poser de questions, de patienter, d'attendre que les réponses viennent d'elles-mêmes avec de temps à autre : “et puis..., et après..., comment...”.

## Prescription des objectifs

Au travers des questionnements sur le problème et sur les solutions, nous avons là différents paramètres intéressants à prendre en compte que nous utiliserons pour mettre en place nos premières techniques thérapeutiques. À cet instant, le thérapeute doit savoir si la demande est réaliste ou pas, si l'aide est possible ou pas. Par exemple “Je voudrais retrouver ma sexualité d'avant”.

Pour le thérapeute : est-ce le problème, est-ce le but à atteindre ? Qu'est-ce que je peux faire de cela ? Nous avons signalé, dans le cadre des questions sur le problème, qu'il était important de demander au client qu'il observe pour une prochaine consultation la manière dont son symptôme se mettrait en place et comment le patient faisait pour le renforcer et le maintenir (faire toujours un peu plus de la même chose). Nous avons ainsi des schémas conducteurs, facilitateurs, inhibiteurs ou stagnateurs du symptôme. Le patient sait faire la même chose pour maintenir son éjaculation précoce, son impuissance ou ses conflits conjugaux, pour qu'il y ait maintien, voire aggravation du problème. C'est l'exemple typique de la crise de couple où le système pathologique peut se mettre en place que si les deux participants sont parties prenantes dans le système pour déclencher la crise que pour la maintenir. Si nous modifions un paramètre du système aliénant des deux partenaires du couple, la crise n'a pas lieu.

Après avoir aidé le patient à mieux comprendre par ces auto-évaluations et auto-enregistrements le cycle symptomatique de la répétition, il va mieux comprendre la dépendance dans laquelle il se trouve face à ses plaintes.

Nous allons nous intéresser maintenant à la définition des objectifs ; nous pourrions imaginer qu'il existe des objectifs idéalisés, souvent critère de guérison définitive et magique rendant compte d'une sexualité parfaite, qu'il existe également des objectifs réalistes qui sont des objectifs possibles amenant un bien-être du patient faisant suite à une restructuration cognitive de ses croyances idéalisées de la sexualité. Pour passer de la plainte actuelle à l'objectif réaliste, nous définirons des objectifs intermédiaires.

Dans l'escalade d'un sommet, les camps de base et camps intermédiaires sont indispensables à la réussite. Nous parlons de "tâches et prescription" à côté du mot "objectif". Les clients qui sont ceux qui

perçoivent qu'il y a un problème, sont motivés par le changement et prêts à faire quelque chose pour que les changements se produisent, sont satisfaits quand le changement se produit, quand il n'y a plus de problème. Nous n'aurons pas la même réponse si nous avons affaire à des patients ou à des clients.

Avant de définir des objectifs et tâches utiles et constructives pour le patient, il est nécessaire que le thérapeute et le client soient d'accord sur l'hypothèse du type de problème présenté. Que le thérapeute sache percevoir en lui-même les manières cognitives, émotionnelles, comportementales avec lesquelles le client construit son problème. Le thérapeute utilisera la lecture du problème et du monde qu'a le client pour définir les tâches de solutions. Les questions-bilan doivent être précises, claires, mettant en avant la certitude du thérapeute que la tâche accomplie a donné au client des perceptions positives de changement apparent. W.H. O'Hanlon (1995) préconise trois objectifs dans le cadre des thérapies orientées sur les solutions :

- changer la façon d'agir dans la situation qui est perçue comme problématique ;
- changer la façon de voir dans la situation qui est perçue comme problématique ;
- évoquer des ressources, des solutions et des points forts pour les transposer dans la situation qui est perçue comme problématique. C'est ce que nous avons mis en avant dans le questionnaire sur les solutions.

Nous partons pour la définition et la prescription d'objectifs de deux principes bien connus :

- le processus de généralisation ou "effet de boule de neige" qui part du principe qu'un changement effectué dans un domaine précis, défini et cohérent va produire des effets positifs dans d'autres domaines. Un travail sexothérapeutique au niveau de la resensibilisation corporelle peut suffire à globaliser et régler le problème du contrôle de l'éjaculation précoce ou de l'impuissance sans avoir agi

directement sur le symptôme. Le plus important étant la définition de ce fameux premier objectif de changement.

- L'autre processus s'appelle l'"effet ailes de papillon" : "Un battement d'ailes de papillon en Asie peut produire des ouragans en Amérique", des petits changements entraînent de grands changements. Différents types de changement, en créant un doute, un petit risque minimal par rapport à la répétition figée du symptôme, peuvent permettre de donner au client la mesure de ces différentes possibilités de réaction, de ressources et de potentiels. Nous pouvons agir sur le problème et nous pouvons agir sur les solutions.

#### ■ Action sur le problème

Vous allez essayer de recréer le contexte d'un rapport sexuel raté. Observez ce qui se passe, observez également chez votre conjoint ce qui se passe. Imaginez le fonctionnement que vous avez l'habitude d'avoir par rapport à ce problème. L'intervention, la prescription pourra se faire sur différents paramètres du problème :

- changer la fréquence ou le rythme d'accomplissement de ce problème (programmer l'échec sexuel certains jours précis, à certaines heures) ;
- changer l'organisation du problème dans le temps (augmenter la durée des caresses et supprimer la pénétration) ;
- changer la durée du problème (augmenter la durée de la panne) ;
- changer le lieu où se déroule le problème (dans le salon et pas dans la chambre) ;
- ajouter au moins un élément nouveau au schéma du problème (mettre de la musique choisie par les deux et reproduire le problème) ;
- changer la séquence des éléments ou des événements dans le schéma du problème ;
- découper le schéma de comportement du problème en élément plus petits ;
- lier l'accomplissement du problème à quelques tâches pénibles (compter pendant un rapport



sexuel, dire certaines phrases choisies) ;  
 - intervenir sur le contexte environnemental du problème (sur le conjoint, l'ambiance, etc.).

### ■ Action sur les solutions

- Imaginez ce que sera votre rapport sexuel lorsqu'il sera entièrement satisfaisant ?
- que ferez-vous pour que cela se passe bien ?
- que ferait l'autre pour que cela se passe bien ?
- imaginez ce que sera un premier changement dans la résolution de votre problème (pour cela vous pouvez réutiliser la question miracle).
- nous sommes très proches des techniques de désensibilisation ou relaxation ou des techniques d'exposition. Je pars de l'état actuel de la personne, je vais vers l'objectif final, je définis les différentes étapes intermédiaires, les moyens que je vais utiliser pour y arriver.
- combien allez-vous vous donner de temps pour résoudre votre problème ?
- quelle note vous donnez-vous aujourd'hui par rapport à la plainte et à l'objectif final, (si 0 est l'état d'aujourd'hui et 10 le problème résolu) ?
- que vous faudrait-il pour passer de la note actuelle (par exemple 1) à 2 ?
- quel changement correspondrait à ce 2 et comment allez-vous vous apercevoir que vous êtes arrivé à 2 ?

## Conclusion

Steve de Shazer préconise un protocole intéressant à utiliser en prescription des tâches, il appelle cela "un prêté pour un rendu", en créant juste ce qu'il faut de différence nécessaire dans la prescription qui fasse la différence. Ceci permet vraiment une très bonne coopération avec le client. En réponse à la tâche proposée par le thérapeute, si la réponse du client à la tâche est parfaitement réalisée, on poursuivra par des tâches indirectes ou modifiables (plutôt floues). Si la réponse

du client à la tâche est le contraire, les tâches suivantes comporteront la possibilité de faire le contraire. Si la réponse du client à la tâche est vague, nous donnerons des tâches aussi vagues que possible ou peut-être des métaphores. S'il y a une absence de réponse, nous ne donnerons par de tâches facultatives. Steve de Shazer dit aussi que si une tâche n'est pas bien faite ou pas faite du tout, c'est que le thérapeute l'a mal présentée ou mal ciblée ou pas dite au bon moment (souvent trop tôt), sinon cela marche à tous les coups.

Pour le thérapeute, il sera toujours nécessaire de renforcer positivement tout ce qui est positif dans la vie du patient, puis tout effort, changement qui va dans le sens de l'ouverture des potentiels et des choix. Il sera toujours nécessaire de s'intéresser aux exceptions, d'observer ce qui s'est passé de bien dans la vie familiale, conjugale, sexuelle.

Enfin, le thérapeute aidera le patient à se projeter dans l'avenir sans son problème. Afin de faciliter cette étape, le thérapeute pourra utiliser des échelles de progrès, d'espoir, de motivation, permettant d'améliorer la relation que le patient peut avoir avec son trouble et avec des solutions adaptées à ses ressources, véritable processus de résolution de problème.

Enfin, le thérapeute doit dans ses explications aborder les rechutes. Cette notion permet de relativiser ce qu'est "la sexualité normale", une sexualité normale est une sexualité "avec des pannes", la perfection fait partie de ces nombreuses croyances irrationnelles paralysantes, et se distancier de cette perfection, c'est se donner le droit d'avoir des compétences et des ressources, mais aussi des fragilités et des... pannes. Trouver ainsi d'autres alternatives au seul plaisir génital de la pénétration. Ouvrir le patient à une nouvelle lecture du problème, lui permettre de visualiser ses objectifs réalistes c'est, pour le thérapeute, acquérir une liberté de manœuvre plus appropriée.

Nous ne sommes plus dans la recherche à tout prix de la guérison

du symptôme, mais dans la mise en place de changements réalistes, minimaux, créant suffisamment de différence par rapport à l'état initial du symptôme que le patient et son processus continuera seul à évaluer vers une nouvelle situation stable où le symptôme n'aura plus la même importance, où il n'aura plus lieu d'être.

**Dr François-Xavier Poudat**

Psychiatre,  
 3, rue Marceau, 44000 Nantes.  
 <fxpoudat@wanadoo.fr>

### RÉFÉRENCES

- ISEBAERT L., CABIE M.-C. (1997) *Pour une thérapie brève – le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Collection relations. Éditions Erès.
- O'HANLON W.H., WEUBSER-DAVIS M. (1995) *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*. Éditions Satas, Bruxelles.
- POUDAT F.X. (2004) *Bien vivre sa sexualité*, Éditions Odile Jacob, Paris.
- DE SHAZER S. (1999) *Clés et solutions en Thérapie Brève*, Éditions Satas, Bruxelles.
- DE SHAZER S. (1999) *Les mots étaient à l'origine magiques*. Éditions Satas, Bruxelles.





F.-X. POUDAT

**ABSTRACT: Solutionnist therapy, in combination with behavioural therapies, has improved the treatment of sexual disorders.**

**The solutionist theory, integrated into functional analysis of a sexual or conjugal dysfunction, studies in detail as much the problem for which the patient is consulting his doctor as the solutions that he has already found in the progression and onset of his problem. We shall analyse the solutions that the patient has already tried, that may have aggravated the problem, solutions tried in the past when the problem was not present, the solutions looked for to solve the problems, and finally the potential solutions imagined after the problem had disappeared.**

**For solutionnist therapists, it is not necessary to take account of all the factors involved in the problem, but to work with the patient to find the specific factor on which the therapeutic tool can have an effective result. This is why the questions are so essential in defining the objective, and in solving the problem. The efficacy of the cognitive and behavioural therapy associated with this type of questioning will fulfil all its potential.**

**KEYWORDS:**

- Cognitive-behavioural therapy
- Solutionnist therapy
- Therapeutic alliance
- Sex therapy

## Sexual disorders within the framework of solutionnist therapy

**Dr François-Xavier Poudat, psychiatrist.** Consultant in sexology and behavioural therapy at the University hospital of Nantes and department head for the inter-university diploma of sexology Grand Ouest, has been specialising for many years in the practice of cognitive and behavioural techniques to treat sexual disorders and conjugal disharmony. He has written several books on the subject, the latest being "Nous n'arrivons pas à nous entendre, mieux vivre sa sexualité" (Since we cannot get on, better just enjoy our sexuality), in the collection "Self-help guide". Doctor Poudat is currently working on sexual addictions and conjugal dependence.

*F.-X. Poudat  
3, rue Marceau, 44000 Nantes.*

A therapist using the solutionnist approach will look in particular at the skills, the resources, the values and the potential of the patient, i.e. what he has already managed to achieve himself, or his family, to solve the problem and modify certain parameters which are part of it (pleasant words, reassuring gestures, a positive context, etc.) W.H. O'Hanlon (1995) reminds us of the specific criteria that characterise short-term therapies, in particular those focusing on solutions:

- Clients have resources and strengths for solving problems. (Although they have the capacities to do worse, they also have the capacities to do "less worse", or even better...);
- Change is ever present (a couple is dynamic);
- The therapist's role is to identify and amplify change;
- In general, it is not essential to know a lot about the problem to be able to solve it;
- A small change is necessary in a system for the system to change;
- The clients define the objectives;
- Fast changes can be obtained;
- There is no "right" way of seeing things, different viewpoints can all be as valid as each other and suit the situation as well as any other;
- Attention is focused on what is achievable and what it is possible to change

rather than impossible objectives and things that cannot be changed.

### The alliance

The relationship with the patient is a personalised relationship, requiring empathy and affection from the therapist. It also requires the therapist to be imaginative, with a good sense of humour, respectful, and taking a low stance (as opposed to a position as all-powerful therapist, a magician, capable of treating any ailment, doing everything like a sexual technician). The therapist should help his patients to open up their scope of possibilities, chose to chose between "being the same as one's symptom, or being different (being "less worse"), taking the risk of something "new" to build rather than something "old" to repeat, free to decide on one or other behavioural, cognitive or emotional reaction within the scope of their sexuality.

### Changing rather than healing: finding an objective

For solutionnist therapists, it is not necessary to take action on all the factors of the complaint, but to chose – with the client – a specific factor on which the therapist will take action (chose carefully...), and which will have repercussions and generalisation on the others, to modify them too. The clarification of the concept of healing (not necessarily a return to a past situa-

tion, nor only the suppression of the problem, nor exactly sexual perfection) requires clarity on the concept of change. Change is a dynamic process, a constructive modification from the patient's complaint towards an objective which is not an end in itself, but just one stage in the never-ending quest for sexual fulfilment. A contrario, the cure would mean an ending, a perfectly static achievement that could only lead the patient to believe in an ideal, faultless form of sexuality; not at all the definition of normal sexuality (it is important to remember that normal sexuality includes deficiencies from time to time).

### Questions about the problem

- What is the problem that I could help you with?
- Why is it a problem for you? Why is it a problem for your partner?
- Would you have come to see me if the problem had not been a problem for you partner?
- Who has the problem? , for whom is it a problem? who is the client?, who is the patient?, what is the problem? , who is complaining? who wants things to change?
- What made you decide to come today?
- In your opinion, how did your partner realise that there was a problem, and how did they tell you?
- What did you do when you realised that this problem existed?
- In your opinion, what hypotheses can you suggest and how can you explain the onset of this problem?
- How does the client express the problem?

### Questions about the solutions

#### ■ Studying exceptions

- When does the problem not appear? Have you noticed any circumstances, or occasions when the problem did not occur?
- In these circumstances, what did you do to ensure that the problem did not occur? What was your role in the non-occurrence of the problem?
- How did your partner react when the problem did not occur?
- What was different at these times? (context, relationships, emotional state, statements, attitudes...).
- How is your day different when the excep-

tion occurs?

- Have you ever had this difficulty in the past? How did you overcome it at the time?

#### ■ Studying change

- How will you know when you have solved the problem?
- How will you know that the change has begun?
- Who will be the first to notice that the change has begun; you or your partner? How will you let them know?
- How will others, your family and in particular your partner, realise that the change has begun? How will you know that he or she has noticed? What will they say?
- How will you go about instigating this initial change?
- What could you do differently, regardless of how surprising the difference could be for you or for your partner? What could bring about a change in the problem? How would it be different to what you were doing when the sexual problem did not occur?
- What would change in your life if the problem were no longer there?
- What would you need to do for this to occur again? (In your opinion, what should you do and how should you do it, to repeat the things that work well sexually).

### Prescription of objectives

The questions must be very precise, clear, focusing on the therapist's certainty that the task accomplished has given the client positive perceptions of apparent change. W.H. O'Hanlon (1995) recommends three objectives for solution-based therapies:

- Change the way in which the patient acts in the situation which is perceived as problematic;
- Change the way of seeing the situation that is perceived as problematic;
- Speak of the resources, solutions and strengths in order to transpose them into the situation that is perceived as problematic. This is what was focused upon in the questions about solutions.

In defining and prescribing objectives, we are using two well-known principles:

- The generalisation process, or snowball effect, based on the assumption that a change occurring in a precise, well-defined and consistent area will produce positive effects in other areas. Sex-therapy for corporal resensitisation may be sufficient

to have a more global effect and adjust the problem of premature ejaculation or impotence without having to directly take action on the symptom itself. The most important factor is to define the primary objective for change.

- The other process is known as the butterfly wing effect: a flutter of a butterfly wing in Asia can produce hurricanes in America; i.e. small changes can lead to major changes.

Different types of change, by creating a doubt, a small minimal risk compared to the repetition of the symptom, can enable the client to put his various possible reactions, resources and potential into perspective. We can then take action on the problem and take action on the solutions.

**Dr François-Xavier Poudat**

Psychiatre,

3, rue Marceau, 44000 Nantes.

<fxpoudat@wanadoo.fr>