LA THÉRAPIE BRÈVE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS
LES APPROCHES CENTRÉES COMPÉTENCES

PEPPSY
9 février 2022, en ligne

Hélène Dellucci, PhD
Cercle de Compétences
helene.dellucci@wanadoo.fr

Steve de Shazer

« Could it be

that simple? »

Conceptualisation

du modèle

Le développement des solutions

Insoo Kim Berg

L' art de faire des compliments

WOWW (à l' école)

Yvonne Dolan

Application du modèle avec des personnes traumatisées complexes

Luc Isebaert

Modèle de Bruges

le choix comme éthique d' intervention

Application à la psychiatrie, l' alcoologie

Théorie des habitudes

Marie Christine Cabié

en France …

Lien de la thérapie solutionniste
avec la thérapie familiale

VOUS AVEZ DIT « BREF » ?

Brièveté =

- Le moins de séances possible.
- Le moins longtemps possible.
- Mais aussi longtemps que nécessaire
- C'est la personne/couple/famille qui décide

RUPTURE ÉPISTEMOLOGIQUE …

- POURQUOI est-il important de regarder les ressources des personnes d'abord ?
- COMMENT certains éléments peuvent-ils aider à construire une relation d'aide stable et soutenante?
- La relation thérapeutique est un des facteurs principaux de succès en thérapie.

Que nous enseigne la psychologie sociale?

- La prophétie auto-réalisatrice (Merton 1948)
- Mark SNYDER : l'influence sociale

  quels facteurs contribuent à quel degré à l'influence sociale?
- Expérience minimaliste (Snyder 1984): trouver une ligne de base en excluant tous les facteurs possibles: âge, sexe, statut social, apparence, langue, difficulté de la tâche… et où rien ne se passe

ÉTUDE DE SNYDER: DISPOSITIF

- Différentes personnes, ne se connaissant pas entre elles, se trouvent dans différentes pièces
- A: se présente, pas d'autre tâche (filmé, doit parler à quelqu'un au téléphone, qui l'écoute). A = cible
- B: écoute A, sans répondre. B = celui qui perçoit
- C: plus tard, regarde A filmé et juge sa performance dans des questions disséminées dans un questionnaire plus large. C = observateur tiers

Condition expérimentale:

- B1: l'expérimentateur dit à B que A est brillant
- B2: l'expérimentateur dit à B que A n'est pas très brillant
- A et C ne savent pas ce qui est dit à B

ÉTUDE DE SNYDER: RÉSULTATS

- Résultats:
  dans la condition B1, A se comporte de manière plus brillante que dans la condition B2. Dans la condition B2 A perd ses capacités.
- Question: Comment est-il possible d'influencer sans interaction?
  Uniquement le fait d'écouter avec une attente a un effet sur la cible.
- Donc, ce que pense le thérapeute, ce qu'il attend de la personne, a un effet sur elle.

QU'EST-CE QUI SE PASSE?

2 types de conséquences à partir des attentes (Snyder & Stukas,1999):

a) Confirmation perceptuelle des attentes dans l'esprit de celui qui perçoit (les impressions de celui qui perçoit de celui qui se présente)

b) Confirmation comportementale des attentes par les actions de celui qui se présente au cours de l'interaction (comme il a été documenté par des juges tiers de la performance de celui qui se présente).

Comment cette influence agit-elle?

Séquence interactionnelle:

1. Ceux qui perçoivent adoptent des croyances sur ceux qui se présentent
2. Ceux qui perçoivent se comportent à l'égard de ceux qui se présentent comme si ces croyances étaient vraies
3. Les "cibles" (ceux qui se présentent) ajustent leur comportement dans les ouvertures de ceux qui perçoivent
4. Ceux qui perçoivent interprètent le comportements des "cibles" comme des confirmations de leurs croyances

- La prophétie auto réalisatrice a été démontrée dans des interactions réelles ou simulées, c'est à dire entre des thérapeutes et leurs clients

  (Copeland & Snyder, 1995)

- Surtout chez les survivants, qui ont encore plus que d'autres, des antennes sensibles pour leur intégrité physique/psychologique

CONCRÈTEMENT …

- Lorsque les personnes évoquent des expériences adverses, intéressez-vous à la dimension de survie
  - Comment les personnes ont fait pour se relever/rester debout après ce qui s'est passé?
  - Comment les couples ont fait pour rester ensemble malgré ce qui s'est passé?
  - Explorer les styles de chacun pour faire face lorsque les temps sont difficiles?
- Rétroquestionnez ces ressources de survie en termes de ressources existentielles: est-ce que ça veut dire que … est important pour vous?
- Explorez comment les personnes se sont débrouillées pour que la situation ne soit pas pire
  - Vous pouvez questionner directement qu'est-ce qui aurait été encore pire?
- Explorez les domaines dans lesquels la/les personne/s se débrouillent bien

POSITIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE

- Expertise partagée
  - Le thérapeute est expert en thérapie en général
  - La personne, le client, le patient, le couple, la famille: expert de sa vie, dans son contexte
  - La personne supervisée: experte de sa pratique
- Responsabilité partagée
  - Thérapeute: responsable
    - d'un cadre sécurisant
    - du processus permettant un travail dans de bonnes conditions
  - La personne : responsable
    - Du contenu à travailler
    - Des changements dans sa vie

LA THÉRAPIE BRÈVE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS DE SHAZER (1985,1991), ISEBAERT (1997, 2005)

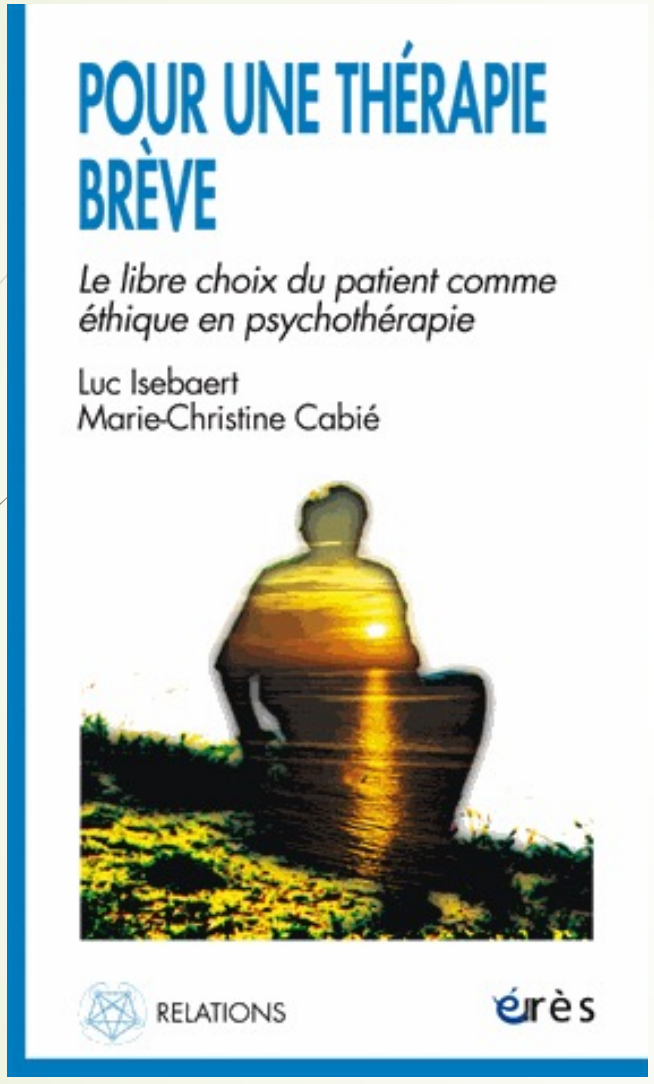
- C'est la personne, la famille, le couple qui est expert de sa vie,et donc de sa thérapie en particulier. Le thérapeute est expert de la thérapie en général. Les deux peuvent devenir co-thérapeutes afin d'ajuster la thérapie en général à cette situation particulière
- Ne réparez pas ce qui n'est pas cassé. La personne va déterminer ce qui est cassé et ce qui a besoin d'être changé, ainsi que le moment où elle voudra y travailler.
- Si quelque chose ne marche pas, arrêtez, faites quelque chose de différent.
- Si quelque chose marche, faites-en davantage.
- Aucun problème ne se produit tout le temps: il y a toujours des exceptions qui **sont** utiles.

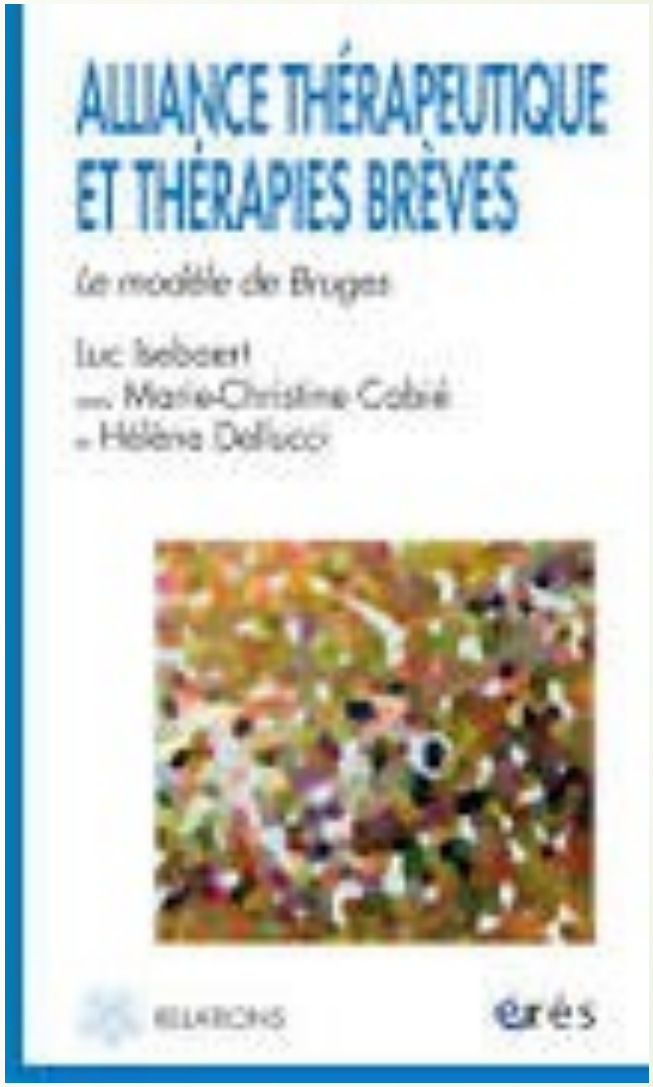
LA THÉRAPIE BRÈVE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS DE SHAZER (1985,1991), ISEBAERT (1997, 2005)

- Les solutions ne sont pas nécessairement, ni directement liés au(x) problème(s).
- Le langage des solutions est différent de celui qui est nécessaire pour décrire les problèmes.
- Le futur est à la fois créé et négociable.
- Conduire en restant un pas en arrière: le thérapeute est responsable du cadre et le processus thérapeutique, la personne est responsable du contenu et des résultats.
- Allez-y lentement: de petits pas peuvent mener à de grands changements: une approche minimaliste pour construire des petites étapes gérables (échelles): cela créé une dynamique de succès et évite la disqualification, ce qui diminue les sentiments d'échec, qui sont souvent très forts.

Classe des problèmes et classe des solutions.

- La classe des problèmes n'est pas la classe des solutions.
- Construire une histoire de compétences
- Mettre en route un processus de réussites.
- Mettre en valeur les ressources.
- Cela n'empêche pas d'écouter les problèmes et d'y trouver des ressources et des solutions.
- S'intéresser aux petits détails


POUR UNE THÉRAPIE BRÈVE
Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie
Luc Isebaert
Marie-Christine Cabié
RELATIONS
érès


ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET THÉRAPIES BRÈVES
Le modèle de Bruges
Luc Isebaert
Marie-Christine Cabié
Hélène Dellucci
érès

Attachement et approche solutionniste

- La relation thérapeutique semble être une opportunité unique pour aborder et soigner d'abord et avant tout le système d'attachement
- Finalité:
  - créer une situation où le patient est vu, traité et invité à agir comme un expert dans son champ: sa vie, dans son contexte.
  - capable d'aider à la conceptualisation thérapeutique, aux choix de cibles à travailler,
  - de façon à ce que le patient puisse (re)devenir l'auteur de sa vie, dans sa dimension adaptative.
- Liotti (Madrid, 2012): « la meilleure posture thérapeutique en termes d'attachement consiste en une relation de coopération mutuelle côte à côte », c'est à dire une relation de coopération de deux co-experts

H.Delluc ci, PhD - Cercle de Com

Le Modèle de Bruges de la relation thérapeutique

- Y a-t-il une demande travaillable (limitation ou problème?)
  → Non = relation non engagée
  → Oui = allez à la prochaine étape

- La/les personne-s est/sont-elle-s prête-s à se mettre au travail?
  → Non = relation de recherche
  → Oui = allez à la prochaine étape

- La/les personne-s est/sont-elle-s consciente-s de ses/leurs ressources?
  → Non = relation de consultance
- → Oui = relation de co-thérapie

Psychotraumatologie Centrée Compétences (Dellucci, 2014)
Le Modèle de Bruges étendu à la Psychotraumatologie

- Est-ce que le patient est en **sécurité** ?
  → Non = relation non engagée
  → Oui = une demande émergera

- La **relation thérapeutique** est-celle **sécure**? Absence de menace pour une relation d'attachement significative ?
  → Non = relation de recherche
  → Oui = le patient se mettra au travail

- Les besoins de développer une **autonomie adaptative** sont-ils favorisés?
  → Non = relation de consultance
- → Oui = relation de co-thérapie

H.Dellucci, PhD - Cercle de Com

La conversation thérapeutique.

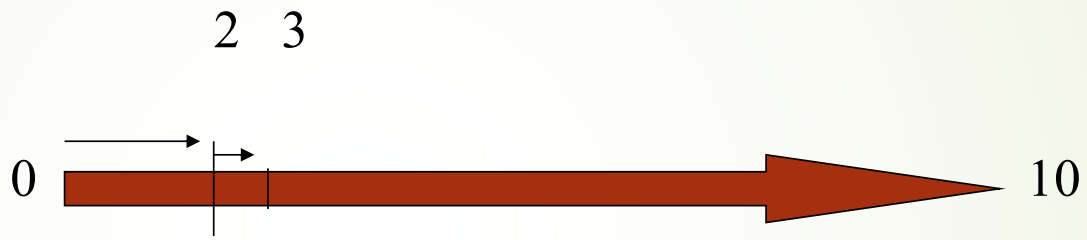
- Elle ne suit pas les règles de la conversation ordinaire.
- Que veut le client?
- Qu'est-ce qui est important pour lui?
- Observer, écouter, reformuler.
- Processus interactionnel: toute rétroaction est une information pertinente.

Comment mettre cela en pratique? Le premier entretien

- Attitude: soyez accordé: laissez vos neurones miroirs vous aider
- Le confort physiologique vient d'abord: faites attention que la personne en face de vous et vous-même soyez confortables
- Que devrait-il se passer ici aujourd'hui qui vous ferait dire qu'il a valu la peine de discuter ensemble?
- Changements avant la première séance
- Demandez la signification des mots que les personnes utilisent
- Reconnaître la souffrance du problème et puis passez aux ressources: comment la personne a-t-elle fait jusqu'à maintenant?
- Il n'est jamais trop tard de changer quelque chose

- La circularité des mandats: au début le thérapeute est en position haute: a travers ses yeux, les symptômes du clients sont vus comme étant la chose la moins pire qu'il ait trouvé jusqu'ici
- Cherchez les exceptions: aucun problème ne se passe tout le temps
- La question « pourquoi maintenant»
- Déterminez des objectifs observables:, « a quoi verrez-vous que vous n'aurez plus besoin de venir en thérapie », « …que vous pourrez continuer seul-e »
- Les échelles
- Le signal STOP , pas besoin de tout savoir pour avancer, mais vous pouvez dire tout ce que vous souhaitez,
- Soyez protecteurs avec la personne: n'allez pas dans les détails d'événements potentiellement traumatiques
- Évaluez le processus de la séance (cf. L.Johnson) et ajustement
- Qu'est-ce qui a été utile aujourd'hui?

Les échelles



- Etat actuel
- Sécurité
- Progression et objectifs

Les objectifs

- Ils permettent de voir la progression de la thérapie
- Ce sont ceux du patient
- Ils sont exprimés en termes de comportement
- Ils sont petits
- Ils sont réalistes et réalisables
- Ils représentent la présence de quelque chose
- Ils sont le début d'un processus
- Ils sont faciles à atteindre
- Ils sont acceptables pour l'entourage

Limitations

- Définition :
  - Il s'agit d'une difficulté qui n'a pas de solution envisageable.
- Exemples:
  - Conséquences de choix antérieurs
  - Maladies chroniques
  - Handicaps
  - Ethnie, culture, sexe ou âge
  - L'autre …

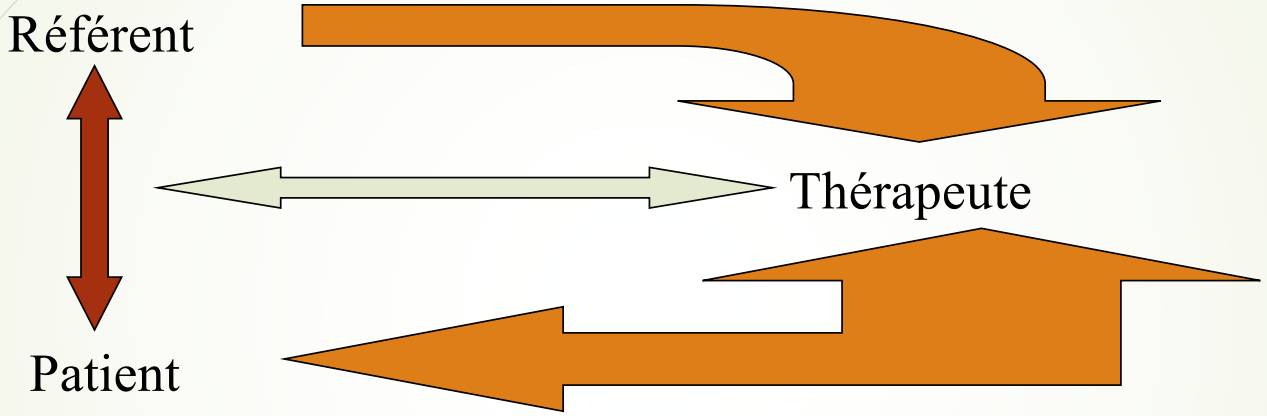
Relation non engagée

Il n'existe pas de demande d'aide

- Le patient a un problème mais considère que nous ne pouvons pas l'aider.
- Le patient pense qu'il n'a pas de problème.

S'intéresser

- À la personne, à ses compétences et à ses ressources.
- À la relation existant entre le patient et la personne qui l'envoie.
- Veiller et vérifier que la personne se sent en sécurité avec vous dans cet environnement, avec ce cadre
- Rester en position basse.



- ✓Ne pas prendre la même position que le référent !
- ✓Objectif commun : que le patient ne revienne plus
- ✓Comment peut-il convaincre le référent ?

Relation de recherche

Il existe une demande d'aide.

- Les objectifs restent vagues, mal définis.
- La demande d'aide est auto-annulatrice:
  - L'intervenant n'est pas la personne compétente.
  - Le client dit ne pas pouvoir faire autrement.

S'intéresser

- À la manière dont la personne a fait pour que sont problème ne soit pas pire, à ses compétences et à ses ressources.
- À ce qui ne doit pas changer, comment la personne peut faire pour garder le statu quo.
- À reconnaître les difficultés et l'ampleur de ce qui a été vécu comme difficile
- L'enjeu est l'établissement d'une relation d'attachement (juste ce qu'il faut) sécurisante
- Rester en position basse.

Relation de consultance

- Il existe une demande d'aide travaillable
- La personne ne sait pas qu'elle a les ressources pour changer.

S'intéresser

- À la manière dont la personne a fait pour mettre en œuvre ses ressources, les changements
- À ce que la personne souhaite changer, aux voies auxquelles elle a déjà réfléchi, tenté, …
- À ce qui a marché, ce qui n'a pas marché
- L'enjeu est l'établissement d'un plan d'action

Relation de co-expertise

- Il existe une demande d'aide travaillable
- La personne sait qu'elle a les ressources pour changer.

Choix existentiels: question à poser aux parents

- Quand vous pensez à vos enfants, en imaginant qu'ils puissent un jour avoir votre âge,
- …
- Peut-être auront-ils des enfants, un travail,
- …
- Qu'aimeriez-vous que vos enfants puissent dire
- Avoir reçu de vous de précieux?

Séances ultérieures

- Commencez chaque nouvelle séance avec les changements observés
- Comment la personne a-t-elle fait? Comment a-t-il/elle rendu possible ce qui s'est passé de bien?: prenez la loupe pour observer en détail les petits changements
- Réactions émotionnelles
- Réactions de l'environnement
- Où êtes-vous maintenant sur l'échelle?
- Tâches (résultats), autre chose d'inattendu?

Nota Bene:

En tant que thérapeute, nous sommes dans une position où nous ne savons pas

La réévaluation

Explorer non seulement les suites du traitement, mais aussi les changements observés, et s'il y a, explorer suffisamment

- la participation de la personne à les mettre en œuvre
- les ressources utilisées
- construction d'un plan d'intégration afin de les mettre en œuvre dans d'autres situations de vie

L'explicitation et la prise de conscience des changements et des ressources mises en œuvre est initiée et portée par le thérapeute,
car la personne les met en œuvre, et n'a pas de recul pour en être conscient dans la plupart des cas

© H.Dellucci, PhD – Institut Français d'EMDR

En conclusion

La Thérapie brève peut être vue non seulement comme un modèle, mais aussi comme une attitude:

- Croire et regarder les ressources des personnes (l'effet Snyder)
- La centration sur les capacités naturelles de guérison
- Amène de l'espoir (pour les patients, les thérapeutes, …) et les prévient ainsi de traumatisation secondaire, d'épuisement professionnel, de désespoir
- Les personnes peuvent changer quand elles se réconcilient avec leur symptôme
- Recadrer les symptômes comme des ressources
- Être attentif aux exceptions: quand la personne est arrivée à gérer sa détresse
- La personne est un co-thérapeute, au moins pour évaluer le processus thérapeutique et les résultats
- La dissociation est complètement récupérable

Aborder de manière systématique les ressources, et de manière non-systématique les problèmes *(lorsqu'ils émergent)*

Où peut-on se former?

- Psychotraumatologie Centrée Compétences: Association Cercle de Compétences: https://www.cercledecompetences.org
- Pour l'Approche Centrée Compétences, Thérapie Brève Centrée Solutions:
  - Institut Korzybski Paris (Marie Christine Cabié): https://www.facebook.com/institut.korzybski/
  - Cerfasy Neuchâtel, Suisse https://www.cerfasy.ch/equipe/marie-christine-cabie.html
  - Association Différences et Changements, Lyon, St Etienne: https://www.differencesetchangements.com

Bibliographie

- Ausloos, Guy (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus.* Ed Erès.
- Bateson, Gregroy. *Vers une écologie de l'esprit*. Tome 1, 2. Seuil, Paris.
- Berg, I.K. (1994). Family based services: a solution focused approach. **Pour la traduction française: Services axés ur la famille: Une approche centrée sur la solution (1998).**
- Chambless, D. and al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51 (1)*, p 3-16.
- Damasio, A.R. (2005). *Spinoza avait raison: Joie, tristesse, le cerveau des émotions*. Odile Jacob.
- Damasio, A.R., Tiercelin, C., & Larsonneur, C. (1999). *Le sentiment même de soi: Corps, émotion, consience*. Odile Jacob
- Damasio, A.R. (1997). *L'erreur de Descartes*. Odile Jacob.
- De Shazer, S., Dolan, Y. et al. (2007). *More than miracles. The state of the art of Solution Focused Brief Therapy*. The Haworth Press.Au dela des miracles. Editions Satias.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Traduction: Différence (1996). Ed. Satas
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in Brief Therapy*. Traduction: Clés et solutions en thérapie brève (1999). Ed. Satas.
- Dolan, Y & Kim Berg I. *Récits de solutions*, Ed. Satas

Bibliographie

- Dolan, Yvonne M., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors.* Norton & Company. **Guérir de l'abus sexuel et revivre, Editions Satas**.
- Duncan, L. & Miller, S.D. (2000). *The heroic client: doing client directed, outcome informed therapy*. Traduction: (2003) Le client, héros de la thérapie. Ed. Satas.
- Durrant, M.
- Grawe, Klaus & Gassman, Daniel (>2004). General Change Mechanisms : The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. In [revue]
- Huber, M. (2005). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Isebaert, Luc and Cabié, Marie-Christine (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Ed Erès.
- Isebaert, Luc (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Georg Thieme Verlag.
- Levine, Peter A. (1997). *Waking the tiger – Healing Trauma*. North Atlantic Books.
- Miller, Scott D., Duncan, Barry L., and Hubble, Mark A. (1997). *Escape from Babel – Forward a unifying language for psychotherapy practice*. Norton & Company, New York.

Meta-analyses and systematic reviews

- **META-ANALYSES**
- **Kim JS** (2006) Examining the Effectiveness of Solution-focused Brief Therapy: A Meta-Analysis Using Random Effects Modeling. SFBTA conference, Denver (University of Michigan dissertation database). 22 studies; many factors examined. Small effects in favour of sft; best for personal behaviour change, effect size estimate .26 (sig. p<.05). Thus sft is equivalent to other therapies. Overall, avg 6.5 sessions required. On the basis of demonstrated effectiveness, competence in sft requires >20 hours of training? (jkim@ku.edu) (Research In Social Work Practice, 2008, in press)
- **Stams GJ, Dekovic M, Buist K, de Vries L** (2006) Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse (Efficacy of solution focused brief therapy: a meta-analysis). Gedragstherapie, 39(2): 81-95. (Dutch; abstract in English). 21 studies; many factors examined. Small to moderate effect: better than no treatment; as good as other treatments. Best results for personal behaviour change, adults, residential / group settings. Recent studies show strongest effects. Shorter than other therapies; respects client autonomy. (G.J.J.M.Stams@uva.nl)
- **SYSTEMATIC REVIEWS**
- **Corcoran J, Pillai V** (2007) A review of the research on solution-focused therapy. British Journal of Social Work, 10: 1-9. 10 quasi-experimental studies, all in English: included on the basis of: statistics / design / follow-up / numbers. Only 2 follow-up studies. Moderate or high effect size in 4 studies. Are qualified workers better than students? (jcorcora@vcu.edu)
- **Gingerich WJ, Eisengart S** (2000) Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. Family Process, 39, 477-498. Fifteen outcome studies: 5 strong, 4 moderately strong, 6 weak. (Updated version: www.gingerich.net). (wjg4@po.cwru.edu)